



Licenciatura en Nutrición

Trabajo Final Integrador

**“Adherencia al tratamiento nutricional de adultos mayores del
Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de
Corrientes”**

Alumna: María Florencia Irala Bruzzo

Docente: Lic. Eleonora Zummer y Lic. Celeste Concilio

Julio 2017

ABSTRACT

“Adherencia al tratamiento nutricional de adultos mayores del Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes”

Autor: Irala, F.

Institución: Universidad Isalud.

mfirala@gmail.com

Introducción: Se pretendió investigar motivos por los que adultos mayores hipertensos, no adhieren a las pautas médicas con el fin de ajustar criterios de acompañamiento, seguimiento y control.

Objetivo: Determinar prevalencia de adherencia e identificar motivos por el cual adultos mayores hipertensos del Hospital “Juana Francisca Cabral” de la Ciudad de Corrientes no adhieren a las pautas medicas prescritas indicadas por el Servicio de Nutrición, Mayo 2017.

Métodos: El diseño del trabajo fue de tipo observacional, descriptivo transversal retrospectivo. Muestreo: no probabilística, por conveniencia. Encuesta administrada por nutricionistas a 66 pacientes (**35 mujeres y 31 hombres**) sobre una población total de 66, mayores de 60 años de edad que concurren al Servicio de Nutrición del Hospital durante el mes de mayo de 2017, a quienes se los invito a participar del presente estudio y en los casos de aceptación suscribieron el correspondiente “Consentimiento”.

Resultados: Los resultados nos muestran que el 65% (43 pacientes) no tienen plena adhesión al tratamiento indicado por el servicio de nutrición de los cuales el 53 % son mujeres y el 47% son varones.

Conclusiones: Sin dudas se debe trabajar para mejorar la adherencia a las dietas prescritas, se tendrá que insistir en promoción de alimentación saludable a fin que hábitos alimentarios se instalen en edad temprana, ya que en los adultos mayores es muy difícil cambiar los mismos con toda la consecuencia que tiene este hecho en pacientes con HTA.

Palabras Claves: Hipertensión-Motivos-Adhesión-adultos mayores.

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 3 |
| 3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 20 |
| 4. OBJETIVOS | 21 |
| VARIABLES | 22 |
| 5. METODOLOGÍA | 24 |
| Tipo de diseño de la investigación | 24 |
| Población y muestra | 24 |
| Métodos de recolección de datos, tratamiento y análisis de la información | 24 |
| 6. RESULTADOS | 26 |
| 7. DISCUSIÓN | 31 |
| 8. CONCLUSIÓN | 33 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA | 35 |
| 10. ANEXO | 37 |

1. INTRODUCCIÓN

A partir de los 60 años, la hipertensión arterial es más frecuente, afectando a gran parte de la población, produciendo un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

La hipertensión arterial es una enfermedad cardíaca que tiene su origen en varios factores, uno de ellos es la mala alimentación. Esto hace que cada día se incremente el número de personas con esta patología que es muy peligrosa y que puede provocar la muerte si no se trata a tiempo.

Está asociada a altas tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, motivo por el cual se la considera uno de los problemas de salud más importante en la actualidad.

Como parte de tratamiento, se indica al paciente que realice y mantenga, estilos de vida más saludables, eliminando factores de riesgo, como por ejemplo las dietas con alto contenido de sodio. Si los adultos mayores hipertensos cumplen las indicaciones pueden reducir la tasa de complicaciones y prolongar la sobrevida.

Un detalle importante es el grado de adhesión a las pautas médicas prescritas en relación a la realización de un plan alimentario hiposódico.

Si bien hay un número importante de trabajos de investigación respecto de la adherencia de pacientes a tratamientos alimentarios en relación con la hipertensión, todavía falta conocer en profundidad los motivos actuales que llevan a no adherirse; en la Provincia de Corrientes no se han registrado trabajos sobre este tema, lo que motiva investigar sobre el mismo, a pacientes de una comunidad con hábitos alimentarios muy arraigados en costumbres tradicionales (guaraníticas), es decir alto contenido graso, mucha carne vacuna, importante aporte de hidratos de carbono y alto consumo de sodio.

El presente trabajo pretende investigar los motivos por los que adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, que en forma ambulatoria son atendidos en el Hospital Geriátrico de Agudos de la Ciudad de Corrientes “Juana Francisca Cabral”, no adhieren de manera adecuada los tratamientos alimentarios para dicha patología en Mayo 2017.

Los resultados de la investigación, servirán, para ajustar criterios de acompañamiento, seguimiento y control de la misma.

En tal sentido la OMS, en su documento “Información general sobre la hipertensión arterial” se refiere a la misma diciendo que tanto la prevención como el control de la hipertensión son complejos y requiere la colaboración de múltiples interesados, como los gobiernos, la sociedad

civil, las instituciones académicas como también la participación de la industria de alimentos y bebidas (1).

Debe ser un objetivo de toda la comunidad alcanzar niveles de adhesión efectivo y permanente ya que reducirá, no solo el número de consultas, las internaciones recurrentes y además evitara a futuro las graves consecuencias que provoca la hipertensión arterial.

2. MARCO TEÓRICO

En el 2008, las estadísticas sanitarias mundiales, comunican que *“las enfermedades no transmisibles causarán más de las tres cuartas partes de las defunciones en 2030 y que a escala mundial las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán de 17,1 millones a 23,4 millones en el mismo periodo”*. También mencionó que *“se prevé que en 2030, una de las cuatro primeras causas de muerte en el mundo sean cardiopatía isquémica”* (2). *“Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión”*. Según el documento de la OMS *“Información general sobre la hipertensión en el mundo”* cuenta que *“la hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cardiovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas”*. La publicación de dicho documento busca contribuir a reducir la mortalidad y discapacidad que causan las enfermedades no transmisibles. La prevención y el control de la hipertensión son piedras angulares para ello.

En el 2008 en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años, el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1989 a 1000 millones en 2008 según el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 (1).

En el segundo informe sobre la situación mundial de la prevención y el control de las ENT de 2014 se estructura en torno a las nueve metas mundiales de cumplimiento voluntario, donde de 9 metas 2 son sobre: reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30% para 2025 y otra meta es la de reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país, para 2025. (3)

En la encuesta nacional de factores de riesgo llevada a cabo en el país en el año 2013 con la finalidad de estimar a nivel país los principales factores de riesgo de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, se realizó una comparación entre los resultados de la 3ª ENFR relacionadas con la hipertensión con las ediciones anteriores. En cuanto a los resultados de la 3ª ENFR, el 82,4% de los encuestados refirió haberse controlado la presión arterial al menos una vez en los últimos dos años, porcentaje que se mantuvo constante en relación con lo evidenciado en el 2009 (81,4%). Este indicador fue más frecuente en las mujeres (86,6%) que en los varones (77,8%), y se observó mayor frecuencia de control de la presión arterial a mayor edad y mayor nivel de ingresos. Entre las personas que se controlaron, el 34,1% presentó presión arterial elevada, sin

encontrarse variaciones con respecto a las ediciones anteriores. La prevalencia de hipertensión en mayores de 64 años (62,1%) casi quintuplico a la observada en personas de 18 y 24 años (12,8%). Una de las conclusiones obtenidas fue que las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento y, además, dificultar la prevención de las complicaciones. La urbanización acelerada además tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol. Se observó mayor prevalencia de presión arterial elevada a mayor edad, en regiones Noreste y Noroestes. (4)

Tabla n° 1: Comparación de principales indicadores de la ENFR 2005 vs. 2009 vs. 2013, total país.

| Principales indicadores | 2005 | 2009 | 2013 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | (IC 95%) | (IC 95%) | (IC 95%) |
| Salud general mala o regular (población total) (*) | 19,9 (19 - 20,9) | 19,2 (18,5 - 20) | 21,2 (20,4 - 22,2) |
| Está ansioso o deprimido (*) | 22,8 (21,8 - 23,9) | 19,3 (18,5 - 20,0) | 16,3 (15,6 - 17,1) |
| Actividad física baja (población total) | - | 54,9 (53,7 - 56,1) | 54,7 (53,2 - 56,2) |
| Promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas (población total) | - | 2,0 (1,9 - 2,0) | 1,9 (1,9 - 2,0) |
| Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa (población total) (*) | 23,1 (21,9 - 24,5) | 25,3 (24,4 - 26,3) | 17,3 (16,4 - 18,2) |
| Sobrepeso (IMC ≥ 25 y < 30) (población total) | 34,4 (33,4 - 35,5) | 35,4 (34,6 - 36,3) | 37,1 (36 - 38,2) |
| Obesidad (IMC ≥ 30) (población total) (*) | 14,6 (13,9 - 15,5) | 18,0 (17,4 - 18,7) | 20,8 (19,9 - 21,8) |
| Consumo de tabaco (población total) (*) | 29,7 (28,7 - 30,8) | 27,1 (26,3 - 27,9) | 25,1 (24,2 - 26,2) |
| Exposición habitual al humo de tabaco ajeno (entre los no fumadores) (*) | 42,8 (41,3 - 44,3) | 40,4 (39,2 - 41,5) | 36,3 (35 - 37,6) |
| Exposición a humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días (población que estuvo en el hogar) (*) | - | 33,9 (33 - 34,9) | 27,6 (26,5 - 28,6) |
| Exposición a humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días (población que estuvo en el trabajo) (*) | - | 34,0 (32,8 - 35,2) | 25,0 (23,9 - 26,2) |
| Exposición a humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días (población que estuvo en bar/restorante) (*) | - | 47,2 (45,6 - 48,7) | 23,5 (22,3 - 24,9) |
| Control de Presión Arterial en los últimos 2 años (población total) | 78,7 (77,6 - 79,7) | 81,4 (80,4 - 82,2) | 82,4 (81,4 - 83,4) |
| Prevalencia de presión arterial elevada (de los que se controlaron) (población total) | 34,2 (33,3 - 35,7) | 34,0 (33,6 - 35,5) | 34,1 (32,9 - 35,3) |

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Tabla n° 2: Prevalencia de presión arterial elevada en la población de 18 años y más que se ha controlado la presión arterial con un profesional de la salud en los últimos dos años, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. ENFR años 2005-2009-2013. (4)

| | ENFR 2005 | ENFR 2009 | ENFR 2013 |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | % (IC 95%) | % (IC 95%) | % (IC 95%) |
| Provincias y regiones | | | |
| Total | 34,5 (33,3 - 35,7) | 34,6 (33,6 - 35,5) | 34,1 (32,9 - 35,3) |
| Ciudad de Buenos Aires | 29,7 (26,8 - 32,8) | 29,0 (25,9 - 32,3) | 28,5 (24,6 - 32,8) |
| Buenos Aires | 34,8 (32,4 - 37,4) | 35,3 (33,5 - 37,2) | 34,5 (32,2 - 36,8) |
| Córdoba | 35,4 (31,5 - 39,6) | 35,6 (32,8 - 38,4) | 36,1 (31,3 - 41,2) |
| Entre Ríos | 34,4 (31,4 - 37,6) | 35,5 (31,9 - 39,4) | 35,8 (33,0 - 38,6) |
| La Pampa | 34,9 (31,8 - 38,0) | 34,0 (29,4 - 38,9) | 36,4 (32,0 - 41,1) |
| Santa Fe | 34,8 (32,2 - 37,6) | 33,4 (30,4 - 36,6) | 33,7 (30,8 - 36,8) |
| Pampeana y GBA | 34,1 (32,5 - 35,8) | 34,2 (33,0 - 35,5) | 33,9 (32,3 - 35,5) |
| Catamarca | 36,5 (33,4 - 39,7) | 40,2 (36,6 - 44,0) | 34,5 (29,9 - 39,5) |
| Jujuy | 30,5 (28,3 - 32,8) | 30,5 (27,8 - 33,4) | 35,2 (31,6 - 39,0) |
| La Rioja | 41,4 (38,2 - 44,6) | 30,8 (27,9 - 33,9) | 31,8 (27,9 - 36,0) |
| Salta | 27,7 (24,8 - 30,8) | 31,4 (27,7 - 35,3) | 35,0 (30,7 - 39,7) |
| Santiago del Estero | 36,4 (33,7 - 39,3) | 37,3 (33,2 - 41,6) | 36,3 (31,5 - 41,5) |
| Tucumán | 39,3 (36,1 - 42,5) | 38,6 (35,8 - 41,5) | 37,2 (33,8 - 40,7) |
| Noroeste | 34,7 (32,8 - 36,7) | 35,0 (33,3 - 36,6) | 35,6 (33,7 - 37,5) |
| Corrientes | 35,1 (30,0 - 40,6) | 36,4 (32,8 - 40,1) | 36,2 (32,3 - 40,3) |
| Chaco | 39,1 (36,2 - 42,0) | 36,8 (32,2 - 41,8) | 42,4 (38,1 - 46,9) |
| Formosa | 37,1 (33,1 - 41,4) | 39,3 (34,8 - 43,9) | 37,4 (33,8 - 41,1) |
| Misiones | 34,8 (31,9 - 37,8) | 36,0 (32,7 - 39,4) | 38,8 (35,2 - 42,4) |
| Noreste | 36,5 (34,4 - 38,7) | 36,8 (34,7 - 39,0) | 38,9 (36,8 - 41,0) |
| Chubut | 29,9 (27,0 - 33,0) | 34,4 (30,9 - 38,0) | 32,4 (29,5 - 35,4) |
| Neuquén | 35,2 (31,5 - 39,0) | 33,1 (29,4 - 37,1) | 34,8 (29,7 - 40,3) |
| Río Negro | 37,4 (31,2 - 44,1) | 32,8 (29,3 - 36,5) | 29,0 (25,7 - 32,6) |
| Santa Cruz | 36,4 (33,1 - 39,7) | 31,4 (28,0 - 35,1) | 34,4 (31,0 - 38,1) |
| Tierra del Fuego | 35,9 (32,5 - 39,4) | 31,7 (28,6 - 34,9) | 28,2 (25,3 - 31,3) |
| Patagónica | 34,8 (32,0 - 37,6) | 33,0 (31,2 - 34,8) | 32,0 (30,2 - 33,9) |
| Mendoza | 35,9 (32,9 - 38,9) | 37,6 (34,3 - 41,1) | 30,2 (27,5 - 32,9) |
| San Juan | 38,5 (35,2 - 41,8) | 36,0 (32,6 - 39,5) | 35,7 (31,4 - 40,2) |
| San Luis | 31,6 (28,4 - 35,0) | 34,5 (31,3 - 37,9) | 27,7 (24,0 - 31,6) |
| Cuyo | 35,9 (33,9 - 38,0) | 36,7 (34,5 - 39,0) | 31,0 (29,0 - 33,1) |

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 - 2009 - 2013

Hipertensión Arterial

La OMS define a la Hipertensión Arterial como una *“enfermedad silenciosa”* esto se debe a que la mayoría de las personas con hipertensión no suelen mostrar ningún síntoma, aunque existen diferentes ocasiones en que suele causar síntomas (5). La hipertensión consiste en un aumento persistente de la presión arterial, la fuerza ejercida por unidad de superficie sobre las paredes de las arterias al ser bombeada por el corazón (6). *“Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear”*. *“Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números”* (5). El número superior se denomina a la presión arterial sistólica que corresponde a la presión en las arterias cuando el corazón se contrae y el número inferior a la presión arterial diastólica que corresponde a la presión arterial en la fase de reposo del corazón (entre dos contracciones)” (7).

“La tensión arterial normal en adultos es de 120 mmHg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mmHg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica)” (5). Una presión arterial es alta (hipertensión) cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor (8), después de 5 minutos de descanso, en posición sentada con el brazo a la altura del corazón y comprobada en 3 exámenes durante un periodo de 2 meses (8). Si los valores de su presión arterial son de 120/80 o más, pero no alcanzan 140/90, esto se denomina pre hipertensión (8).

La hipertensión no tratada conduce a muchas enfermedades degenerativas, como insuficiencia cardíaca, nefropatía terminal y enfermedad vascular periférica. Aunque no se cura, es una enfermedad fácil de detectarla y generalmente es controlable. El hincapié en las modificaciones del estilo de vida ha otorgado a la dieta una función prominente en la prevención primaria y en el tratamiento de la misma (6).

“El 50% de las personas mayores de 65 años son hipertensas. Su prevención y tratamiento son un objetivo de la salud pública” (7).

Clasificación de presión arterial

En el 2004, el séptimo informe del comité conjunto sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta (JNC 7), ha introducido una nueva clasificación que incluye el término de “pre-hipertensión”, debido a los datos sobre el riesgo de vida de la hipertensión y el impresionante aumento en el riesgo de complicaciones cardiovasculares asociados a los niveles de presión arterial previamente considerados normales. Esta designación se destina a identificar a los individuos en los que la intervención temprana, mediando la adopción de estilos de vida saludables

podría reducir la presión arterial, disminuir la velocidad de progresión de la presión arterial a niveles hipertensos con la edad o prevenir la hipertensión por completo.

La clasificación es para mayores de 18 años. La prehipertensión no es una categoría de enfermedad. Más bien, es una designación elegida para identificar individuos en alto riesgo de desarrollar hipertensión, de modo que tanto el paciente y los médicos estén atentos a este riesgo para intervenir y prevenir el desarrollo de la enfermedad, a partir modificaciones en el estilo de vida (9).

Tabla N° 3: Clasificación de la presión arterial en adultos según el JCN 7

| Clasificación de la presión arterial | Presión arterial sistólica (MMHg) | Presión arterial diastólica (MMHg) |
|---|--|---|
| Normal | <120 | <80 |
| Pre hipertensión | 120-139 | 80-89 |
| Nivel 1 Hipertensión | 140-159 | 90-99 |
| Nivel 3 Hipertensión | >160 | >100 |

Fuente: National Institutes of Health (NIH). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). United States: Department of Health and Human Services;2004. NIH Publication No. 04-5230.

En 2014, se publicó, el octavo informe del comité conjunto sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial Alta, donde no se ha modificado la clasificación de la presión arterial, y hace referencia a la evidencia actual de las nuevas medidas preventivas y terapéuticas aparecidas en los últimos años. (10)

Clasificación según su etiología

- ✓ **HTA primaria o idiopática:** Es cuando no se sabe la razón por la cual son hipertensos, es el 95% de los casos.
- ✓ **HTA secundaria:** Causa definida, origen renal, endócrino o medicamentoso (5-10%). Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal como la coartación aórtica, que pueden producir hipertensión. En alguno de los casos es reversible cuando la enfermedad es tratada con éxito. (11)

Causas más frecuentes:

- **Renales:** infección en riñón, Enfermedades poliquísticas, Nefropatía diabética, microalbuminaria, esteatosis renal.
 - **Endócrinas:** Síndrome de Cushing, diabetes, el síndrome de Cohn, la acromegalia y el feocromocitoma.
 - HTA por embarazo
 - Por fármacos y sustancias químicas
 - Por coartación de la aorta: llega menos sangre al riñón, por ello se detecta presión disminuida y estimula al sistema SRAA para aumentar la presión.
 - Trastorno neurológicos
 - Alcoholismo: el 50% de los alcohólicos son hipertensos. (7)
- ✓ **HTA mantenida:** Se asocia por lesión de los órganos diana. Se da cuando la persona no responde al tratamiento, cuando hay una medicación inadecuada de la presión arterial, no cumple con la medicación, uso de fármacos que aumentan la presión arterial, alcoholismo o causas secundarias conocidas (11).

Los síntomas de la hipertensión arterial

- **Asintomática:** es el caso más frecuente.
- **Sintomática:** Dolores de cabeza o cefaleas, mareos, zumbidos en el oído, hemorragia conjuntival.

Complicaciones

Inmediatas

La mayoría de los picos de hipertensión que sufren las personas, no tienen consecuencias inmediatas, Sin embargo, pueden dar lugar a complicaciones con diversos grados de gravedad.

1. Edema de pulmón
2. Disección de la aorta torácica
3. Hemorragia cerebral

Complicaciones a largo plazo

1. Complicaciones cardíacas
2. Accidentes cerebro vascular
3. Insuficiencia renal, lesiones de la retina
4. Enfermedad arterial de miembros inferiores (7).

Factores que influyen en el aumento de la presión arterial

1. Sobrepeso y obesidad
2. Consumo de sodio
3. Consumo de alcohol
4. Consumo de cafeína
5. Consumo de tabaco

Factores que influyen en la disminución de la presión arterial

1. Potasio
2. Dieta hiposódica. (ejemplo: dieta DASH)
3. Actividad física (12).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la presión arterial de tal manera que tenga un menor riesgo de complicaciones. Se debe establecer con el paciente una meta de presión arterial. Es importante aportar educación nutricional continua al paciente.

Se manejarán tres pilares como estrategias para el tratamiento de la hipertensión arterial:

- a) Modificación del estilo de vida
- b) Dietoterapia: este punto es muy importante porque es lo que el presente trabajo de investigar en cuando a los motivos de no cumplimiento de la misma.
- c) Farmacoterapia

Visto de otro modo, la utilización de las estrategias se pueden dividir en:

- 1) Estrategias farmacológicas donde el trabajo de investigación no pretende abordar (11). Pero a modo de mencionarlo, se puede decir que el manejo será de forma individual, valorizándose la idoneidad y responsabilidad del profesional médico (7).
- 2) Estrategias no farmacológicas incluyen un conjunto de medidas higiénico dietéticas estrechamente relacionadas con el estilo de vida del paciente.
 - a) **Cambios en el estilo de vida:** indicada para todos los hipertensos y la población en general, ya que reducen los nuevos casos de hipertensión. Sin embargo, la adherencia a largo plazo es relativamente baja, sin conocerse el motivo alguno.
 - b) **Restricción calórica:** una dieta hipocalórica está indicada en hipertensos con $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$ (rango de normalidad: 18.5 a 24.9 Kg/m^2) (13).

c) **Restricción de sodio:** todos los hipertensos deben seguir una dieta pobre en sal (menos de 5-6 g/día que equivalen a 2500mgNa/día) ya que reducen la presión arterial en un promedio de 4 a 6 mmHg (7). Se deben evitar los alimentos procesados (quesos, conservas), incluyendo los panificados, y reducir el agregado de sal a las comidas, siendo en éstos casos una opción válida las sales modificadas (con menos sodio y más potasio). Los alimentos procesados contienen aproximadamente el 75% del sodio ingerido. Como también se debe tener en cuenta las aguas bajas en sodio. Se ha probado que la reducción de sal en la dieta no solo reduce la presión arterial sino genera protección de los órganos blanco. Aun una modesta reducción del consumo de sal reduce las muertes por accidente cardiovascular un 14% y por enfermedad coronaria un 9% en hipertensos.

d) **Ingesta de potasio:** la ingesta de potasio reduce la presión arterial más en hipertensos que en normotensos. El aporte diario ideal en hipertensos no complicados es de 4-5 g, debiendo controlarse la potasemia en pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada, insuficiencia cardiaca e insuficiencia suprarrenal. No hay suficientes evidencias que permitan sugerir el agregado de sales de potasio al régimen terapéutico de los hipertensos (13).

e) **Dietas especiales:** Dieta DASH. Está compuesta principalmente por frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos mono insaturados, pescado, aves, nueces y pobre en ácidos grasos saturados, carne roja, bebidas azucaradas, y dulces tiene un efecto hipotensor, independientemente de la restricción de sal y del descenso de peso. Esta dieta produce un descenso promedio de 5,5/3,5 mm Hg para PAS/PAD, respectivamente. El efecto hipotensor se alcanza luego de dos semanas de implementarla (12).

f) **Otras medidas dietéticas:** Los suplementos alimentarios de calcio y magnesio pueden producir leves descensos de presión arterial aunque no existen evidencias concluyentes. Algunas meta-análisis encontraron que dosis altas de grasas poli-insaturadas omega 3 (aceites de pescado) reducen la presión arterial aunque son necesarias dosis mayores a 3 g diarios. Recordar que los alimentos y bebidas utilizan muchas veces fructosa como endulzante, y que hay distintos trabajos que muestran efectos hipertensores, por lo que conviene evitarlos.

g) **Actividad física:** El entrenamiento de resistencia reduce la presión arterial en reposo y la presión arterial ambulatoria, principalmente en hipertensos. El tipo de

ejercicio recomendable es aeróbico (caminatas, jogging, natación), 45 min 3-4 veces/semana, suplementados con ejercicios con componente isométrico. Si la presión arterial no está bien controlada el ejercicio intenso debería desalentarse o posponerse hasta lograr un buen control tensional.

h) Limitación en el consumo de alcohol. (13)

i) Preparación en los regímenes hipo sódico

Se debe tratar de resaltar los sabores propios de los alimentos y acentuar el uso de saborizantes o condimentos exentos del sodio que cobran importancia en este tipo de régimen, lo cuales deben ser sápidos y aromáticos (condimentos y especies aromáticos). La cocción al vapor permite conservar mejor el gusto de los alimentos que otras formas de cocción, por ejemplo por hervido, donde gran parte de los nutrientes pasan al agua de ebullición. Sin embargo, este último método será el indicado cuando lo que nos interesa es disminuir el contenido en sodio u otro micronutriente, que forman parte del alimento, para ello el alimento que se someterá a ebullición se incorporará al agua fría, de manera de aumentar esta pérdida. Es importante que los alimentos tengan buena presencia, que los platos sean coloridos y vistosos, de manera tal de estimular el apetito y permitir que los alimentos sean más sabrosos (12).

Posibilidades de ingreso de sodio en el organismo

1. Sal (de cocina o gruesa y de mesa o fina)
2. Alimentos “salados”: fiambres y embutidos, alimentos en salmuera, productos de snacks, caldos y sopas concentrados, conservas, mariscos.
3. Sodio contenido naturalmente en el alimento: se clasifican en muy bajo, bajo a moderado, alto contenido en sodio
4. Agua
5. Aditivos utilizados por la industria alimentaria
6. Compuestos utilizados por la industria farmacéutica

Tabla N° 4: Clasificación de Alimentos según su contenido en sodio

| Contenido en Na | Alimentos |
|---|---|
| Muy bajo <40 mg% | Cereales, harinas, vegetales, frutas frescas, aceites, azúcar y dulces caseros, infusiones naturales, panificados sin sal, con levadura, aguas con muy bajo tenor en sodio. |
| Bajo a moderado >40 y <240 mg% | Leche, yogur, crema de leche, carnes y huevo, quesos con bajo contenido de Sodio, vegetales ricos en Sodio: acelga, apio, achicoria, escarola, espinaca, radicheta y remolacha, aguas con bajo y alto tenor en sodio. |
| Alto >240 mg% | Quesos de mesa o rallar, manteca y margárica, productos de panificación con sal, agua mineral Villavicencio Sport. |

Fuente: Torresani María E, Somoza María I. Lineamientos para el Cuidado Nutricional. 3ra Ed. Buenos Aires: Eudeba; 2009

Compuestos sódicos en los productos industrializados

En la elaboración o el procesado y la conservación de los productos industrializados se utilizan diversos compuestos de sodio, con finalidad específica, las cuales se encuentran en los siguientes productos industrializados: condimentos, salsas, margarinas, gelatinas, golosinas, bebidas, productos congelados, helados, cremas y bebidas lácteas, dulce de leche, medicamentos y snacks.

Manejo de agua embotellada en los regímenes hiposódicos

Contenido de sodio en aguas comerciales:

- Muy bajo contenido en sodio: Eviam, Dasani, Eco de los Andes, Glaciar.
- Bajo a alto contenido en sodio: Ives, Nestlé Pureza Vital, Villavicencio, Cellier, Villa del sur, Ser, Sierra de los padres, Villavicencio sport.

Hoy en día, la industria, ofrece varias líneas de aguas comerciales bajas en sodio.

Manejo de sales en los regímenes hiposódicos

Cuando la prescripción del régimen es amplia, este margen es mayor y permite utilizar cloruro de sodio (ClNa) como condimento en las preparaciones.

Tipos de sales disponibles en el mercado son:

- Dietéticas: son libres de sodio, a base de amonio o potasio. Si bien no aportan nada de sodio, no pueden ser utilizadas en todas las patologías. Las que se encuentran en el

mercado son: Cosalt, Eugusal, Genser dietética, Saludable, Argendiet sabor ajo, Dharem Singh, natural o saborizada.

- Modificadas: son sales con menor contenido de sodio. Aportan aproximadamente entre 50-70% menos en sodio. Las que se encuentran en el mercado son: Dos anclas light, Dos anclas light especies o hierbas, sal marina líquida, celusal light, Genser regular, Genser light, Genser sport.

- Sellos comerciales: Sal común dosificada: preparado magistral.

Tanto las sales dietéticas, modificadas y los sellos, deben ser utilizadas en la comida ya servida.
(12)

Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas

Cuando hablamos de la adherencia terapéutica se debe tener en cuenta qué tipo de enfermedad es, no es lo mismo tener una enfermedad aguda que crónica y tampoco es lo mismo una enfermedad transmisible que no transmisible, por lo que se debe establecer una clara diferenciación entre ambos conceptos. Las enfermedades crónicas se definen a partir de tener una o varias de las siguientes características: *“son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieren un periodo largo de supervisión o atención”* en cambio las enfermedades agudas son todo lo contrario a la definición de enfermedades crónicas, *“tienen un inicio y un fin claramente definidos. Generalmente son de corta duración y definen tiempo de evolución y no gravedad”* (14), por otra parte el Ministerio de Salud de la Nación Argentina diferencia las enfermedades no transmisibles, definiéndolas como *“principal causa de muerte en el país. Están constituidas por las enfermedades crónicas no transmisibles más las lesiones externas (accidentes, homicidios, suicidio). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación”* (15) en contraposición están las enfermedades transmisibles que son las de tipo infecciosa.

El término adherencia terapéutica tomó tiempo en encontrar una definición genérica porque la mayor parte de la investigación solo se ha centrado en la adherencia a la medicación, no tomándose en cuenta que la adherencia terapéutica contiene numerosos comportamientos relacionados con la salud que exceden el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. La OMS adopta la definición de la adherencia terapéutica como *“el grado en que el comportamiento de una persona –*

toma de medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (14). Esta definición hace mención de que ese prestador no solo tiene que ser solo el médico, puede ser cualquier profesional de la salud. Cabe destacar que se reconoce como comportamientos terapéuticos la búsqueda de atención médica, cumplir con las consultas de seguimientos y ejecutar las modificaciones pertinentes, es sin dudas un proceso complejo (16) que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

La adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional, y está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores, que se las denomina las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica:

- 1) Factores relacionados con la enfermedad como ser patologías crónicas, ausencia de síntomas, tiempo de evolución, expectativas de curación, aceptación.
- 2) Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria: confianza recíproca, continuidad asistencial, accesibilidad, satisfacción laboral.
- 3) Factores socioeconómicos: situación laboral, nivel educativo, condiciones de vida, creencias populares.
- 4) Factores relacionados con el tratamiento: complejidad, confianza en efectividad, efectos colaterales, estilos de vida.
- 5) Factores relacionados con el paciente: conocimiento de la enfermedad, necesidad de tratamiento, motivación, estado cognitivo y afectivo (15). Se señalan las creencias del paciente relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria o auto eficacia percibida, la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta o utilidad percibida y la motivación por la salud (18).

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer, como hacer y cuando hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones.

Para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se distingan en este proceso los siguientes momentos:

- a. Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b. Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c. Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d. Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones (19).

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada enfermedad con la finalidad de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente (16).

En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor del 50%, y resulta mucho menor en los países en desarrollo; se puede afirmar que la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo (14).

Es importante destacar la relación del envejecimiento con la adherencia terapéutica a los tratamientos de larga duración, no solo porque el envejecimiento favorece el aumento de personas con enfermedades crónicas, también porque entre otras razones las personas de edad avanzada presentan de manera general mayor morbilidad (20) por lo que en el mundo urge la necesidad de mejorar la presentación de la adherencia como determinante primario de la efectividad de los tratamientos, tanto en las intervenciones encaminadas a promover modos de vida saludables, como las farmacológicas (16).

“En la nueva era de la atención orientada al paciente, se han sugerido términos como adherencia, persistencia y concordancia”. Esto sucede en el caso del tratamiento de la hipertensión, donde el paciente necesita de estos tres conceptos para llevar a cabo un exitoso tratamiento. Independientemente de estos conceptos, *“la adherencia deficiente al tratamiento es la causa más importante de la presión arterial no controlada y solo el 80% de quienes reciben tratamiento para la hipertensión en situaciones de la vida real se consideran buenos observantes”.*

La adherencia es un determinante primario de la efectividad del tratamiento, porque si es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. Una correcta adherencia terapéutica mejora la efectividad de las

intervenciones orientadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos. También influye de manera negativa en la prevención secundaria y las intervenciones de tratamientos de enfermedades (14).

Adherencia al tratamiento no farmacológico en hipertensión arterial

Como se puede entender el término adherencia terapéutica mencionado con anterioridad en el presente trabajo incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas, que sería denominado como el tratamiento no farmacológico (16).

El tratamiento no farmacológico en la hipertensión incluye a un conjunto de medidas higiénico dietéticas que están estrechamente relacionadas con el estilo de vida de cada paciente, denominadas como modificaciones del estilo de vida. El rol del nutricionista en estos tratamientos es fundamental, para estimular al paciente para que pueda aceptar de la mejor manera posible las indicaciones debido a que estas, tienen resultados positivos, en cuanto efectividad, tanto para disminuir la presión arterial, como para inducir a la corrección de otros factores de riesgo y reducir la incidencia de las complicaciones cardiovasculares.

Luego de 2 a 4 meses de restricción de sal, el gusto por ella disminuye y los pacientes se acostumbran a comer sin sal. Sin embargo, desafortunadamente, la experiencia ha demostrado que establecer recomendaciones para disminuir el sodio en la dieta es mucho más sencillo que lograr su implementación (12).

Según el informe de la OMS sobre la adherencia a tratamientos de largo plazo, la efectividad del tratamiento no farmacológico para disminuir la presión arterial, como la reducción de la ingesta alimentaria de sal, la reducción de peso, la moderación de la ingesta de alcohol y la mayor actividad física, han sido demostrados en varios estudios. *“Actualmente, se supone que la mayoría de los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento no farmacológico, son similares a los relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico, pero todavía no están muy bien definidos por lo que se justifica una investigación adicional, en donde el mismo debe centrarse en las siguientes áreas:*

- *La validación y normalización de diversas medidas de adherencia a la farmacoterapia prescrita y el tratamiento no farmacológico de la hipertensión,*
- *El desarrollo de cuestionarios validos y fidedignos para obtener información sobre los determinantes de la adherencia,*

- *La identificación de los factores predictivos de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico*
- *La determinación de los factores relacionados con el comportamiento que influyen sobre la adherencia al tratamiento anti hipertensivo, como las preferencias y las creencias de los pacientes,*
- *La identificación de los factores de riesgo comunes de no adherencia en los pacientes con hipertensión —en los países en desarrollo y desarrollados— para estudiar estrategias para mejorar la adherencia, – la comprensión de los principios de cambio de comportamientos y los mecanismos que promueven la adherencia” (14).*

Los pacientes necesitan un mejor asesoramiento, apoyo e información de los profesionales de la salud para poder comprender la importancia de mantener el control de la presión arterial.

Pautas del Servicio de Nutrición del Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes para determinar adherencia al tratamiento del régimen hiposódico

El servicio de Nutrición utiliza ciertos hábitos nutricionales como criterios para determinar si el paciente con hipertensión adhiere o no al régimen hiposódico, las mismas están indicadas en recomendaciones e instructivos (**Anexo n° 1**) que son entregados en las primeras consultas, las cuales están divididas en hojas de colores, detallando en las de color verde los alimentos de libre consumo, color amarillo alimentos de consumo moderado y en la hoja color rosa alimentos no permitidos por el alto contenido de sodio. Los criterios son los siguientes:

- 1) Control frecuente de la presión arterial.
- 2) Métodos de cocción preferentemente al horno, parrilla, hervido, vapor.
- 3) Uso de condimentos aromáticos, picantes y ácidos
- 4) Evitar el Salero en la mesa a la hora de comer
- 5) Evitar el uso de sal a sus comidas.
- 6) Evitar el agregado de sal sin haber probado la comida
- 7) Compra de alimentos con bajo contenido de sodio
- 8) Consumo de no más de cuatro (4) veces a la semana de alimentos con moderado contenido de sodio (hoja amarilla)
- 9) Consumo de no más de dos (2) veces a la semana de alimentos con alto contenido de sodio (hoja rosa)

El servicio de nutrición considera no adherente cuando de la consulta surge haber respetado 5 o menos, de las pautas establecidas por el servicio de nutrición.

Antecedentes

En un estudio realizado en Rosario, llamado “Adherencia a la restricción dietética de sodio en pacientes con hipertensión arterial esencial”, donde se investigó la adherencia a la restricción dietética de sodio de pacientes con hipertensión esencial y la identificación de algunos de los posibles factores relacionados con la falta de adherencia, a través de un estudio descriptivo, de corte transversal en 97 pacientes ambulatorios con hipertensión esencial seleccionados al azar, que concurrieron a 2 centros de salud (público y privado) de la localidad de San José de la Esquina, durante los meses de noviembre y diciembre de 2011. Los resultados mostraron diferentes niveles de adherencia según los test empleados. Con el Cuestionario de creencias de hipertensión de Meyer, que valora componentes subjetivos, se demostró mayor prevalencia de adherencia (79,4%), mientras que en aquellos con mayor grado de objetividad, test de Batalla y de cumplimiento autocomunicado, predominó la falta de adherencia (99% y 93,8% respectivamente). Los motivos asignados a la falta de adherencia fueron “falta de voluntad” (65,9%), “dificultad para adherirse a una dieta diferente de la del resto de la familia” (29,3%) y “reuniones sociales” (4,9%). El 93,8% de los pacientes recibió asesoramiento sobre cómo realizar la dieta hiposódica por parte de los médicos, siendo la información recibida considerada “suficiente” por el 82,5% de los encuestados. Los investigadores llegaron a la conclusión de que se requiere fortalecer estrategias de educación nutricional que permitan mejorar el nivel de conocimiento e incorporar y mantener la adherencia a la restricción dietética de sodio en pacientes con hipertensión (21).

Un estudio hecho en España sobre la “La percepción del paciente hipertenso acerca de la dieta hiposódica”, hace referencia a que esta dieta es la primera pauta a adoptar en el tratamiento de la hipertensión, por lo que quería determinar el conocimiento de los pacientes hipertensos ingresados sobre la dieta hiposódica y su cumplimiento. Los materiales y métodos utilizados fueron: un estudio transversal sobre una muestra de 74 pacientes ingresados en Cardiología con diagnóstico de hipertensión arterial, sin exclusión por edad ni sexo. Recogida de datos mediante cuestionario diseñado ad hoc. Análisis estadístico descriptivo y bivariable con programa SPSS. Obtuvieron como resultados: Eran varones el 68,9% y el 31,1% mujeres con una edad media de 69,31(DE=10,3). El 44,6 % contaba con 3 o más factores de riesgo modificables de hipertensión. El 64,9% tenían prescrito un fármaco para la hipertensión y el 35,1% dos o más. El 94,6% tenían prescrita dieta sin sal o hiposódica, de los cuales el 29,7% no la seguían principalmente por desmotivación. El 29,7% tenían conocimiento moderado de un grupo de 30 alimentos con diferente contenido en sal, el

47,3% bueno y el 23% muy bueno. La relación entre el buen conocimiento de los alimentos y sexo femenino y nivel de estudios era significativo, así como llevar régimen estaba relacionado con vivir acompañado y/o leer etiquetas de los productos. Dar importancia a la dieta como el tratamiento se relacionaba con bajo consumo de sal. Las conclusiones del trabajo fueron las siguientes: Aunque los pacientes tenían un buen conocimiento de los alimentos los investigadores, consideraron importante seguir impartiendo educación sanitaria para motivar en el seguimiento de la dieta y la reducción de factores modificables. La participación en el trabajo estimuló a los pacientes a expresar y contrastar sus conocimientos o carencias informativas (22).

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de adherencia a las pautas médicas prescritas del régimen hiposódico de los pacientes ambulatorios adultos mayores hipertensos del Hospital Geriátrico De Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes durante el mayo de 2017?

¿Por qué los pacientes ambulatorios adultos mayores hipertensos del Hospital Geriátrico De Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes no adhieren al régimen alimentario hiposódico en mayo 2017?

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Determinar la prevalencia de adherencia a las pautas medicas prescriptas del régimen hipo sódico de los pacientes ambulatorios adultos mayores con diagnostico de hipertensión arterial del Hospital Geriátrico De Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes en Mayo de 2017.
2. Identificar el/los motivos por el cual los pacientes ambulatorios adultos mayores hipertensos del Hospital Geriátrico De Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes no adhieren a las pautas médicas prescriptas del régimen hiposódico indicadas por el Servicio de nutrición en Mayo 2017.

Objetivos específicos:

1. A) Evaluar si se corresponden los hábitos nutricionales de los pacientes adultos mayores hipertensos con los indicados por el Servicio de Nutrición del hospital en mayo 2017.
2. A) Identificar y Describir los motivos de falta de adherencia a las pautas médicas prescriptas de régimen hiposódico a adultos mayores por el servicio de nutrición del hospital en mayo 2017.
B) Identificar el grado de conocimiento de los pacientes adultos mayores hipertensos acerca de su enfermedad y las consecuencias.
C) Conocer la percepción acerca de la adhesión que los pacientes hipertensos adultos mayores tienen con respecto a las pautas médicas prescriptas de régimen hiposódico por el servicio de nutrición.

VARIABLES

a) **Edad:** años cumplidos por los participantes en el momento de estudio.

b) **Sexo:**

Categorías: Femenino – masculino

c) **Percepción de cumplimiento:** se concibe como una tendencia de orden mental, la cual permite la creación de juicios, ideas, conceptos, caracterizaciones, idealizaciones sobre la realización de un deber, en este caso, sobre la realización del régimen hiposódico.

Categorías: Sí cumple – No cumple – A veces cumple

Técnica de medición: La recolección de datos se llevó a cabo por medio de una encuesta estructurada autoadministrada.

d) **Hábitos nutricionales:** selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales, costumbre o práctica adquirida por frecuencia de repetición de un acto; y también a la adquisición del hábito por pauta médica.

Las pautas definidas por el nutricionista para determinar la adherencia son las siguientes:

- 1) Control frecuente de la presión arterial.
- 2) Métodos de cocción preferentemente al horno, parrilla, hervido, vapor.
- 3) Uso de condimentos aromáticos y ácidos
- 4) Evitar el Salero en la mesa a la hora de comer
- 5) Evitar el uso de sal a sus comidas.
- 6) Evitar el agregado de sal sin haber probado la comida
- 7) Compra de alimentos con bajo contenido de sodio
- 8) Consumo de no más de cuatro (4) veces a la semana de alimentos con moderado contenido de sodio (hoja amarilla)
- 9) Consumo de no más de dos (2) veces a la semana de alimentos con alto contenido de sodio (hoja rosa)

Categorías: Adherente – No adherente

Se considera que el paciente es adherente cuando de la consulta surge haber respetado al menos 6 de las pautas establecidas por el licenciado en nutrición.

Se considera que el paciente es no adherente cuando de la consulta surge haber respetado 5 o menos de las pautas establecidas por el licenciado en nutrición.

Técnica de medición: la recolección de datos se llevó por medio de una encuesta auto administrada y frecuencia de consumo.

e) **Motivos o causas referidas de incumplimiento del tratamiento antihipertensivo:** hechos que determinan en el paciente una conducta alimentaria que no coincide con las instrucciones indicadas por el servicio de nutrición.

Dimensiones de la variable motivos:

1. Tiene disponibilidad monetaria para comprar los alimentos recomendados: SI-NO
2. Entendimiento de las indicaciones dadas por la nutricionista: SI-NO
3. Interés de llevar de manera correcta el tratamiento nutricional: SI-NO
4. Creencia que con la medicación es suficiente para controlar la hipertensión: SI-NO

Técnica o forma de medición: La recolección de la información se llevó cabo por medio de una encuesta autoadministrada.

f) **Grado de conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias:** conjunto de datos e información que un paciente dispone sobre su enfermedad.

Para determinar que el encuestado tiene conocimientos sobre su enfermedad y las consecuencias, se redactaron 11 preguntas, donde la respuesta correcta en la mayoría de los casos es la opción A, excepto la 4 que la respuesta correcta es la B.

Categorías:

Sabe Mucho: si responde correctamente 9 preguntas ó más

Poco: si responde correctamente entre 5-8 preguntas

Nada: si solo responde correctamente 4 preguntas ó menos

Técnica de medición: La recolección de datos se llevó a cabo por medio de una encuesta autoadministrada.

5. METODOLOGÍA

Tipo de diseño de la investigación

El diseño del trabajo realizado fue de tipo observacional descriptivo transversal retrospectivo.

Población y muestra

Todos los pacientes ambulatorios diagnosticados con hipertensión que concurrieron al Hospital Geriátrico De Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes durante el mes de mayo de 2017.

Criterios de inclusión: todos los pacientes diagnosticados con hipertensión, de ambos sexos, mayores de 60 años de edad, que concurren al Hospital Geriátrico De Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes.

Criterios de exclusión: se excluyeron aquellos pacientes que no deseen participar del estudio.

Criterios de eliminación: pacientes que hayan respondido de manera incompleta las encuestas.

Tipo de muestra: no probabilística, por conveniencia.

Cada uno de los participantes manifestó su voluntad por participar en la investigación mediante el correspondiente Consentimiento Informado. (**Anexo N° 2**).

Métodos de recolección de datos, tratamiento y análisis de la información

Inicialmente se entrevistó a la Jefa del Servicio del Servicio de Nutrición del Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral, donde concurren por derivación de los distintos servicios del hospital los pacientes con patologías que requieran un tratamiento dietoterápico. Se pudo acceder a la base de datos del servicio, donde se pudo conocer que cuentan con 144 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial mayores de 60 años de edad, que concurren entre una o dos veces por mes para seguimiento de tratamiento, al acceder a la base de datos se pudo conocer que en un mes suelen asistir a las consultas entre 50-75 pacientes. También se pudo obtener los criterios con que la nutricionista determina si el paciente se ha adherido o no al tratamiento.

Para conocer la prevalencia de adherencia de los pacientes en base al régimen pautado por la Nutricionista, se realizó una encuesta y una frecuencia de consumo, las cuales fueron mediante una entrevista estructurada y personalizada, para analizar los hábitos nutricionales y frecuencia de

consumo de alimentos con sodio de la población en estudio. El instrumento utilizado para la misma fueron: encuesta nutricional (**Ver Anexo 3**) y un formulario de frecuencia de consumo (**Ver Anexo 4**); ambas se diseñaron en base a los criterios de la nutricionista tratante para determinar si es un paciente que se adhiere o no al tratamiento. En cuanto a la elaboración del formulario de frecuencia de consumo, se utilizaron las recomendaciones e instructivo del Servicio de Nutrición del Hospital, el cual está dividido en hojas de colores, detallando en las de color verde los alimentos de libre consumo, color amarillo alimentos de consumo moderado y en la hoja color rosa alimentos no permitidos por el alto contenido de sodio.

El formulario de Frecuencia de consumo de alimentos contempla 57 alimentos respecto a los cuales el encuestado debió seleccionar la frecuencia con la que consume los mismos.

Procesado los datos de encuestas de frecuencia y consumo e identificados los “No Adherentes”, se realizaron dos encuestas para conocer los motivos de no cumplimiento, en una se trató de identificar motivos de incumplimiento y en otra determinar cuál es el grado de conocimiento que tienen los pacientes hipertensos acerca de su enfermedad y consecuencias.

En la encuesta de motivos de incumplimientos, se contemplaron varias situaciones donde se podría encontrar el quiebre en la adherencia al régimen. En la misma se realizó la pregunta para conocer la percepción que tiene el paciente respecto del cumplimiento o no del régimen indicado (**Anexo N° 5**).

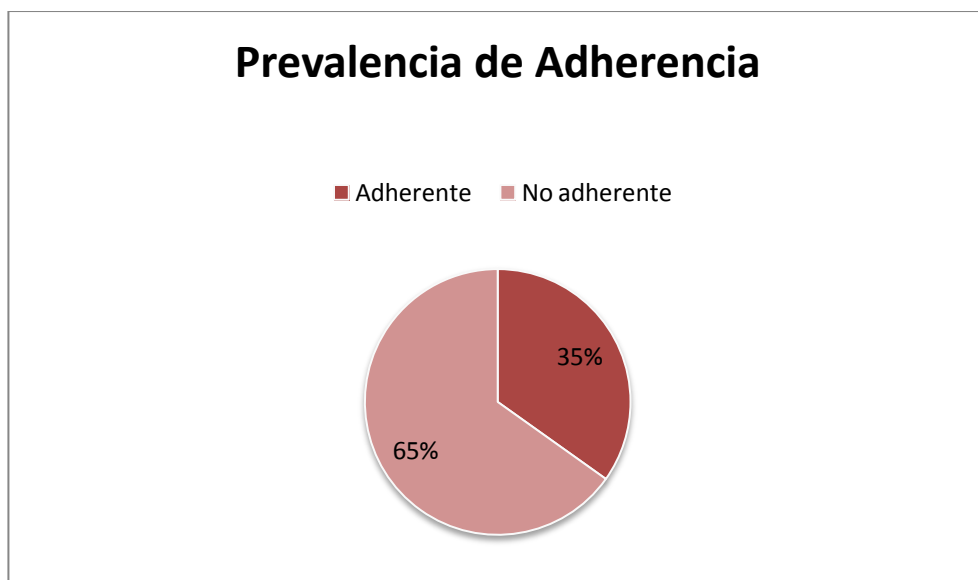
La encuesta sobre grado de conocimiento de la enfermedad y consecuencias de la misma, es de tipo estructurada. Para determinar el grado de conocimiento sobre la enfermedad, se tuvo en cuenta una escala de preguntas correctas e incorrectas (**Anexo N° 6**).

Una vez obtenido los datos se analizaron los mismos estadísticamente.

6. RESULTADOS

De las 66 personas hipertensas encuestadas, el 53% (n=35) fueron mujeres y un 47% (n=31) hombres. En cuanto a las edades oscilaron entre los 60 y 79 años, con una media muestral de 70,5 años.

Grafico N° 1: Prevalencia de adherencia de las personas con hipertensión arterial de la muestra analizada (n=66).



Fuente: elaboración propia.

Como se observa en el gráfico, el 65% (n=43) de los adultos mayores hipertensos es no adherente a las pautas médicas prescriptas del régimen hiposódico del Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes.

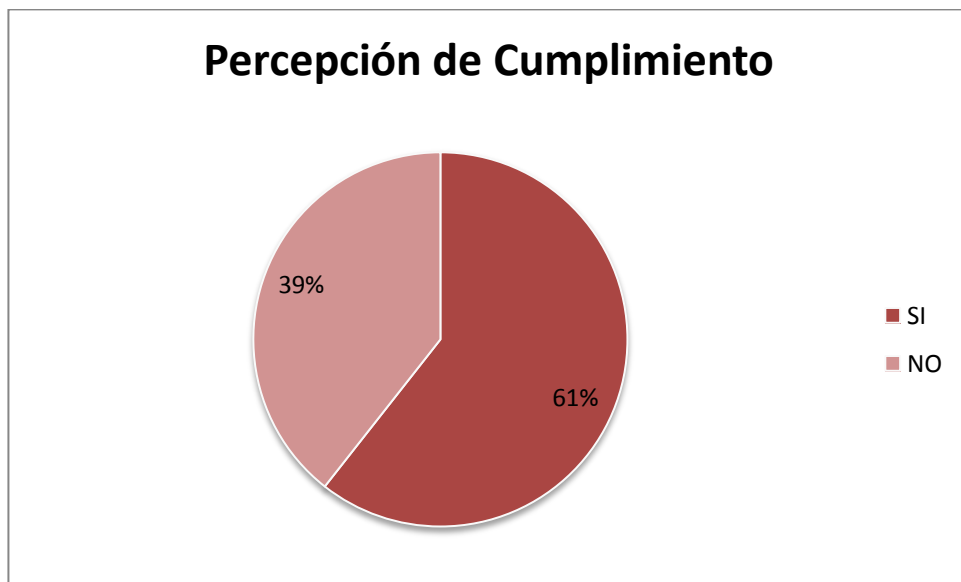
Tabla n° 5: Porcentaje de personas encuestadas según sexo y adherencia (n=66).

| Sexo | Adherente (n=23) | No adherente (n=43) |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Masculino | 56,52% | 51% |
| Femenino | 43,47 | 49% |
| Total General | 100% | 100% |

Fuente: elaboración propia en base a la tabla n°4.

A su vez, se observó que del total de pacientes que adhieren 35% (n=23), el 56,52% (n=13) era de sexo masculino y el 43% (n=10) de sexo femenino y del total de pacientes no adherentes el 51% (n=18) es masculino y el 49% (n=25) femenino.

Gráfico n°2: Porcentaje de personas encuestadas según percepción de cumplimiento (n=66).



Fuente: elaboración propia.

En cuando al análisis para conocer la percepción acerca de la adhesión que los pacientes hipertensos adultos mayores tienen con respecto a las pautas médicas prescriptas de régimen hiposódico por el servicio de nutrición, el 61% (n=40) cree adherirse al tratamiento.

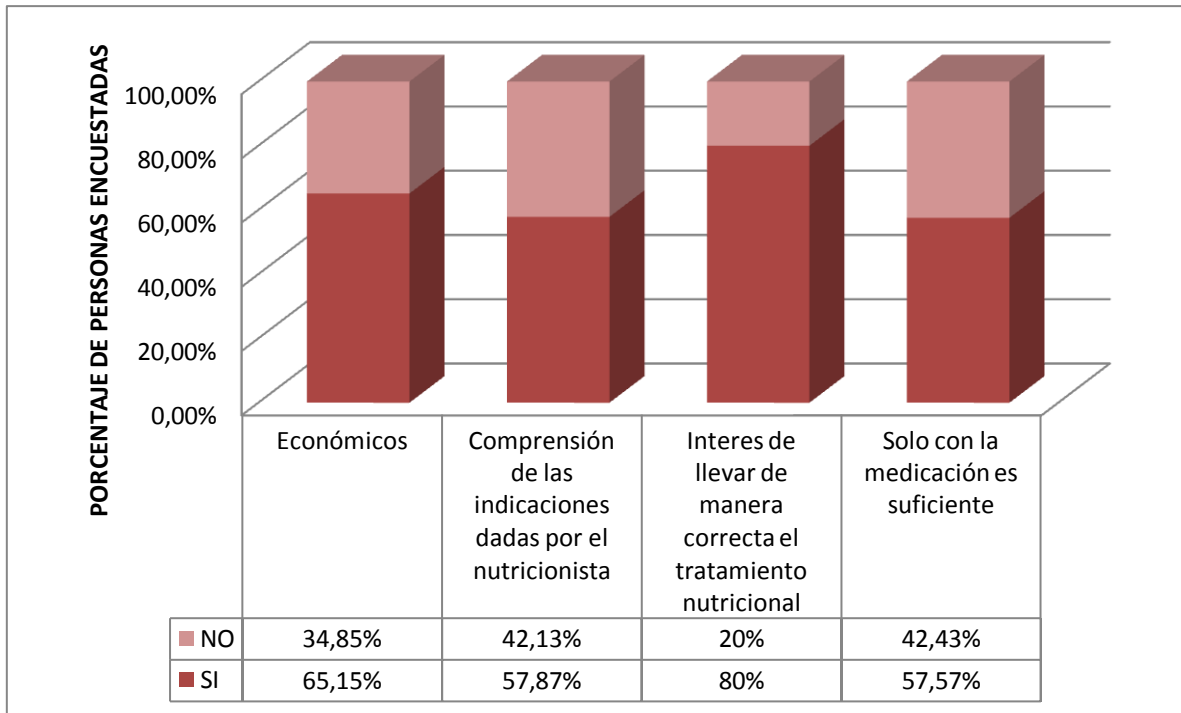
Tabla n°6: Porcentaje de personas encuestadas según percepción de adherencia y el grado de la misma (n=66).

| Percepción de Cumplimiento | SI (n=40) | NO (n=26) |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| Adherente | 29% | 20% |
| No adherente | 71% | 80% |
| Total General | 100% | 100% |

Fuente: elaboración propia.

A su vez, se relacionó la percepción que tenía cada paciente con respecto a si era adherente o no al tratamiento, y se puede observar, los que cuya percepción fue sí (n=40) en cuanto a la adherencia, el 71% (n=28) es no adherente, y el 29%(n=12) sí lo es. Y los que cuya percepción fue no, (n=26), el 20% (n=5) se adhiere.

Gráfico n°3: Porcentaje de personas encuestados según motivo de no adherencia (n=66)



Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la encuesta.

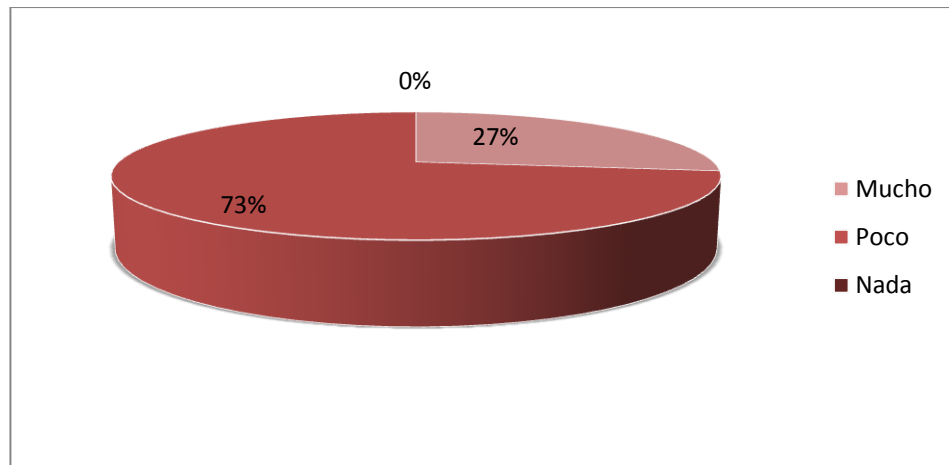
Se indagó acerca de posibles motivos que podían intervenir en la adherencia, en cuanto a lo económico, los datos arrojan que del total de pacientes encuestados, el 65% (n=42,9) sí puede comprar los alimentos hiposódicos indicados.

A su vez, el 57,87% (n=38), no pudo comprender las indicaciones dadas por el nutricionista.

Los pacientes en un 80% (n=57) si les interesa llevar a cabo un correcto tratamiento nutricional, mientras que el 20% (n=9) no le parece necesario.

Los pacientes hipertensos adultos mayores, en un 56% (n=37) contestaron que con la medicación bastaba para tratar la enfermedad.

Grafico n°4: Porcentaje de personas encuestadas según grado de conocimiento de la enfermedad (n=66).



Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la encuesta.

En cuanto al grado de conocimiento, el 73% (n=48) conoce poco acerca de la enfermedad, mientras que el 27% (n=18) conoce mucho.

Al momento de indagar sobre conocimiento, se preguntó si la hipertensión era una enfermedad para toda la vida, 39% (n=26) respondió que no lo sabía y un 2% (n=2) respondió que no lo era, mientras que el 59% (n=38) respondió de manera correcta.

Otra de las respuestas que cabe destacar, es que el 52% (n=34) contestó que no sabía que una de las consecuencias de la hipertensión es que puede presentar daños en el riñón mientras que un 18% (n=12) contestó que no.

Una de las preguntas más importante consistía en preguntarle al paciente por qué motivo creía que le podría dificultar seguir con las indicaciones dadas por el nutricionista. Al ser una pregunta abierta, se obtuvieron diferentes tipos de respuestas las cuales fueron muy variadas; del total de personas encuestadas 100% (n=66), un 22% respondió que era por falta de interés, el 15,15% respondió que le faltaba una persona que lo ayudara en la cocina, el 12,12% refirió que no le gusta comer sin sal, un 11,11% no tenía motivo alguno, un 11,56% tenía problemas económicos, un 9,9% no tenía tiempo para seguir de manera correcta el tratamiento, el 7,57% manifestó que le cuesta comer sin sal, un 4,54% viaja mucho, un 3,03% refirió no esmerarse al momento de seguir con las indicaciones, un 1,51% come frecuentemente fuera de su casa y por ultimo un 1,51% respondió que el vivir solo era uno de los motivos por el cual se les dificultaba seguir con el tratamiento.

7. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en este estudio, se pueden considerar diferentes aspectos.

La presente investigación “Adherencia al tratamiento nutricional de adultos mayores del Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral de la Ciudad de Corrientes” tiene antecedentes similares en cuanto al propósito de este trabajo, presentados en los estudios cuyos títulos de investigación son: “Adherencia a la restricción dietética de sodio en pacientes con hipertensión arterial esencial” realizado en dos centros de Salud en San José de Esquina, Rosario y “La percepción del paciente hipertenso acerca de la dieta hiposódica” realizado en el centro Cardiológico de España.

El primer estudio fue realizado en Rosario, en dos centros de salud de la localidad de San José de Esquina, donde al evaluar la adherencia al tratamiento dependiendo del cuestionario respondido, obtuvieron dos resultados. Con el Cuestionario de creencias de hipertensión de Meyer demostraron mayor prevalencia de adherencia, mientras que en test de Batalla y de cumplimiento auto comunicado, predominó la falta de adherencia en un 99%, lo cual resulta contradictorio con la población estudiada recientemente, cuya prevalencia de adherencia es del 35% y no adherente de 65%.

Se pudo reconocer además en la investigación citada en primer lugar, que en cuanto los motivos asignados a la falta de adherencia fueron “falta de voluntad”, “dificultad para adherirse a una dieta diferente de la del resto de la familia” y “reuniones sociales”, mientras que en los resultados obtenidos en el reciente estudio, los motivos que surgieron fueron: “económicos”, “ausencia de persona que le cocine”, “falta de tiempo”, “falta de interés” o “ningún motivo en particular”, aún sabiendo lo importante que significa seguirla de manera adecuada.

Además, el estudio realizado en Rosario, arrojó dato que la mayoría de los pacientes recibió asesoramiento sobre cómo realizar la dieta hiposódica por parte de los médicos, siendo la información recibida considerada “suficiente” por el 82,5% de los encuestados, lo cual resulta diferente a la muestra estudiada en Corrientes, ya que la mitad de los pacientes había entendido de manera correcta las indicaciones dadas por el licenciado en Nutrición y otro 50% no.

En el estudio de Rosario los investigadores llegaron a la conclusión de que se requería fortalecer estrategias de educación nutricional que permitiera mejorar el nivel de conocimiento e incorporar y mantener la adherencia a la restricción dietética de sodio en pacientes con hipertensión; en relación a la población estudiada actualmente, se pudo llegar a la misma conclusión, se podría decir que hoy

en día todavía faltan estrategias para ayudar a la adherencia en el tratamiento y que el rol del profesional es muy importante en la misma.

Por otra parte, el segundo estudio realizado en España a 74 pacientes ingresados en Cardiología con diagnóstico de hipertensión arterial, concluyó que los pacientes tenían un buen conocimiento de los alimentos con contenido de sodio; por lo que consideraron importante seguir impartiendo educación sanitaria para motivar en el seguimiento de la dieta y la reducción de factores modificables; lo cual resulta contradictorio a la población estudiada recientemente, cuyos datos obtenidos fueron que un 73% tiene poco conocimiento y el 27% conoce mucho acerca de la enfermedad, si bien, tienen un leve conocimiento, de igual manera no se adhieren al tratamiento, pese a saber las consecuencias de la misma.

En los antecedentes consultados y en la presente investigación, se coincide en que hay que fortalecer las estrategias de educación nutricional, ya que el conocimiento que tiene cada paciente sobre su tratamiento y enfermedad es uno de los pilares importantes para lograr tanto una buena adherencia en los tratamientos, como el seguimiento de la misma.

Durante el desarrollo de la investigación una de las limitaciones fue el escaso tiempo para realizar las encuestas, por lo que el trabajo no pudo obtener una muestra mucho más amplia, pero de igual manera se pudieron lograr los objetivos del mismo. Otra de las limitaciones fue que al momento de buscar el instrumento apropiado para evaluar la prevalencia de adherencia a las indicaciones prescritas por el servicio de nutrición, fue complicado, ya que las mismas, resultaron ser muy estrictas para los pacientes, por lo que también se concluyó que uno de los motivos por los que no se adherían era por ello. Igualmente, se pudieron identificar diversos motivos que impiden una buena adherencia al tratamiento; los cuales todo profesional, debería tener en cuenta al momento de realizar los planes alimentarios para cada paciente con hipertensión.

Es importante realizar estudios similares a este, en otros hospitales o consultorios de nutrición, ya que al conocer la prevalencia de adherencia al tratamiento y los motivos, se podrían prevenir recaídas, internaciones y complicaciones de la hipertensión, como así también, se podrían buscar diversas estrategias para que el nutricionista no se limite a la prescripción alimentaria, si no que pueda pensar más allá de la enfermedad, teniendo en cuenta, los motivos que hacen que no se adhiera y pese a ellos, poder realizar un plan alimentario adecuado a ese paciente y a esos motivos, comprometiéndose a fomentar la educación nutricional y lograr que los pacientes adultos mayores hipertensos tengan un mejor control, seguimiento, adherencia.

8. CONCLUSIÓN

A pesar de las limitaciones, se pudieron cumplir con los objetivos deseados.

Los resultados del presente trabajo demuestran que la mayoría de las personas encuestadas presentan una baja adherencia al régimen hiposódico prescrito por el Servicio de Nutrición a los pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión.

Los criterios dados por el servicio de nutrición utilizados para identificar la prevalencia de adherencia fueron estrictos y no pueden admitir tolerancia en los hábitos alimentarios de estos adultos mayores, que están fuertemente arraigados en costumbres que contemplan el consumo de alimentos con alto contenido graso, gran aporte de carne vacuna e importante consumo de sal.

Podemos señalar que según los resultados hallados hay, sin dudas, una percepción equivocada respecto de la adherencia, por cuanto un importante número de los encuestados estiman que cumpliendo con parte de la dieta indicada y con la medicación farmacológica está resuelto el problema de la hipertensión. Un porcentaje importante de los pacientes no está convencido de la importancia del cambio de hábitos alimentarios y los que están convencidos no manifiestan motivos que realmente impidan cumplimentar con la dieta prescrita, es solo una falta de hábito.

Si bien tienen un claro conocimiento de su enfermedad, a pesar que un gran porcentaje no sabe las consecuencias que la hipertensión tiene sobre los riñones o que la hipertensión es una enfermedad para toda la vida, no se ha podido concluir que están dispuestos a adoptar nuevos hábitos alimentarios.

Por otro lado, un gran porcentaje de la muestra estudiada, manifestó como motivo de no adherencia la “falta de interés”, esto es muy importante; se debería hacer un esfuerzo como profesionales para buscar nuevas formas de motivación, ya que sin ella no va a haber adherencia y esto va a repercutir en el tratamiento y en la persona.

El servicio de Nutrición y sus profesionales como integrantes del “Equipo de Salud” sin dudas tienen una importante tarea, la de trabajar en la promoción instalando la importancia de una nutrición saludable para atenuar los factores de riesgo y consecuencias de esta enfermedad que tantas muertes y discapacidades genera en estos tiempos en el mundo.

La promoción de la adherencia terapéutica debe ser una meta de tratamiento en sí mismo, es decir, el paciente debe tener conciencia de la importancia de la misma para mejorar su calidad de vida a mediano y largo plazo.

Los pacientes necesitan un mejor asesoramiento, apoyo e información de los profesionales del equipo de salud para poder comprender la importancia de mantener el control de la presión arterial. Debe ser un objetivo de toda la comunidad alcanzar niveles de adhesión efectivo y permanente ya que reducirá, no solo el número de consultas, las internaciones recurrentes y además evitará a futuro las graves consecuencias que provoca la hipertensión arterial.

Esperemos que los resultados obtenidos sirvan para ajustar criterios de acompañamiento, seguimiento y control de esta silenciosa enfermedad.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Ginebra: OMS; 2013.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2008. Ginebra: OMS; 2008.
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014. Ginebra: OMS; 2014.
- (4) Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2015 [Citado 17 de Jun de 2017]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- (5) Organización Mundial de la Salud (Sede web). OMS; 2015 [acceso 8 de Oct 2016]. Temas de Salud, Hipertensión, preguntas y respuestas sobre la Hipertensión. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- (6) Raymond Janice L, Couch Sara C. Tratamiento Nutricional Medico en las Enfermedades Cardiovasculares. Krause Dietoterapia. 13 Ed. España: Elsevier; 2013. p. 742-781.
- (7) Ambrosi P. La Hipertension Arterial: sus riesgos, su diagnostico y su tratamiento. 1ra Ed. Buenos Aires: Capital Intelectual S.A;2007.
- (8) Biblioteca Nacional de Medicina los Estados Unidos. Enciclopedia médica: Hipertensión arterial [Sede web]. [Citado 2016]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/>
- (9) National Institutes of Health (NIH). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). United States: Department of Health and Human Services;2004. [Acceso 8 de Oct 2016]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- (10) National Institutes of Health (NIH). The Eighth Report of the Joint National Committe about Guidelines for the Management of Hypertension in Adults (JNC 8). United States: Department of Health and Human Services; 2014. [Acesso 17 de Jun de 2017]. Disponible en: <http://csc.cma.org.cn/attachment/2014315/1394884955972.pdf>
- (11) Alcasena MS, Martinez J, Romero J. Hipertension arterial sistémica: fisiopatologia. Analescf Navarra. 2009;21 Suppl 1:1-11.

- (12) Torresani María E, Somoza María I. Lineamientos para el Cuidado Nutricional. 3ra Ed. Buenos Aires: Eudeba; 2009.
- (13) Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial. [Citado 23 Oct 2016]. Disponible en: http://www.saha.org.ar/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf
- (14) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Ginebra: OMS; 2004. ISBN 92 75 325499 (Clasificación de la NLM:W 85)
- (15) Ministerio de Salud [Sede web]. Buenos Aires: MSAL; [Citado 23 Oct 2016]. Información para ciudadanos: ¿Qué son las enfermedades no transmisibles?. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-son-icuales-son>
- (16) Ramos Morales LE. La Adherencia al Tratamiento en las Enfermedades Crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. [Revista en Internet]. 2015 [citado 23 de Oct de 2016]; 16(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol16_2_15/ang06215.htm
- (17) Ara José R. Adherencia en las enfermedades crónicas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, 2009. Disponible en: <http://www.sefh.es/54congresoInfo/documentos/ponencias/1030.pdf>
- (18) Libertad MA, Grau Abalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública [Revista en Internet]. 2014 [citado 23 de oct de 2016]; 40(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu07214.htm
- (19) Libertad MA. Acerca del Concepto de Adherencia Terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [Revista en Internet]. 2004 [citado 23 de oct de 2016]; 30(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
- (20) Castellano Muñoz P, Miranda Ruiz A, Sojo González G, Perea Milla E, García Alegría JJ, Santos Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. Enferm Clin. 2008 [citado 23 Oct 2016]; 18(3):120-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/adherencia-altratamiento-farmacologico-pacientes-ancianos-alta-13123240-originales-2008>
- (21) Torrent MC, Arriva S, Gentiletti G, Buffarini R, Molinas JL. Adherencia a la restricción dietética de sodio en pacientes con hipertensión arterial esencial. Invenio. 2013; Vol. 17: 157-176.
- (22) Gorosquieta AM, Azanza Diaz B, Fernandez Alvero C, Madrazo Macho G, Hernando V. Persepcion del paciente hipertenso acerca de la dieta hiposodica. Enferm Cardiol. 2008:Vol.44:15-20.

10. ANEXO

Anexo 1: Instructivo de Plan Alimentación Hiposódico

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 1 de 7 |
|---|--|--|

Cuando se indica una dieta hiposódica se debe comer sin sal (sodio) esto significa:

- *No agregar sal a las comidas*
- *Evitar alimentos muy salados*
- *Seleccionar los alimentos industrializados*
- *Esta guía te ayudara a la elección correcta. Está diseñada según los colores del semáforo: el color verde tiene alimentos con muy bajo contenido de sodio que están permitidos y el color rojo tiene los alimentos con muy alto contenido de sodio que se deben evitar.*

Selección de los alimentos con muy bajo contenido de sal (sodio)

Quesos: blancos untables sin sal agregada tipo mendicrim el original, Casancrem clásico y light, Ciudad del lago, Tregar, Verónica, San Ignacio común y light. **Ricota** entera (García, La serenísima), ricota magra (La serenísima). **Frescos sin sal agregada:** ilolay, verónica, san regim, tregar, Sain paulin (La serenísima), la paulina, sorianita light. **Por Salut** sin sal, Vidal, Cremigal. **Muzzarella** sin sal barraza y Vacalin.

Huevo

Carnes: vacuna, ave, pescado (frescas), atún en aceite o al natural pennisi y puglisi sin sal, atún o caballa sin sal marechiari.

Verduras: frescas, todas. Puré de tomate y tomate perita en lata, todas las marcas, excepto La banda y Sabores del Valle. Puré de papas: maggi y knorr.

Verduras freezadas: todas las marcas. Pre-elaboradas, solo Sabores y Vegetales al wok granja del sol.

Frutas: frescas o enlatadas: todas.

Cereales: arroz, avena, sémola, fideos secos, tapas de lasagnas secas Matarazzo, harina común, fécula, nestum cereales (no cinco cereales) y postres (Nestlé). Pastas rellenas y pizzas caseras sin sal. Tapas de tarta y empanadas: mendia light baja en sodio, don carlo, delicias doradas sin sal.

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 2 de 7 |
|---|--|--|

Copos de cereales: granix: bocaditos de cereales: avellana, frutilla, avena arrollada y trigo, avena arrollada y avellana, fibra total, baloncitos chocolatosos, aritos frutales. 3 arroyos: granola de chocolate y avena, crujiente de frutas y fibras, crujiente del bosque, mix tropical, aritos frutales y de avena y miel, redonditos de chocolate. Kelloggs: froot loops pops, zucartas power balls.

Trigo, arroz y maíz inflado y pisingallo. Quínoa inflada Yin Yang.

Legumbres: lentejas, porotos, garbanzos, soja (no enlatados). Productos de soja comerciales sin sal: hamburguesas y milanesa (vegetalex).

Azúcar

Duces: batata, membrillo, miel, jaleas, mermeladas, kero. Dulce de leche: san Ignacio, sancor común, la serenísima colonial y repostero, Vacalin.

Aceites: todos.

Margarinas/mantecas: sin sal agregada (Margadiet, sancor baja en sodio, La paulina sin sal o manteca casera (preparada con crema de leche batida).

Crema de leche

Condimentos: laurel, orégano, nuez moscada, ajo, pimentón, limón, vinagre, semillas de mostaza, albahaca, tomillo, salvia, comino, ciboulette. Alicante: condimento para tucos y guisos, para empanadas y pizzas, para pescado y carnes. Dos anclas: mezcla de especias, adobo para pizza.

Pan y galletitas: pan blanco sin sal, pan lactal blanco sin sal (Fargo), pan lactal salvado sin sal (Fargo), multicereal sin sal (Val Maira). Productos de panadería sin sal (grisines, marineras, etc.).

Tostadas sin sal: riera (común sin sal, cuore, vitamix, dulce). Galletitas de agua: sin sal, de salvado sin sal, arroz sin sal, crostines sin sal, grisines sin sal. Galletitas dulces: obleas (recital, trexy de terrabusi, oblita, arcor, cuquets), okebon (sabor de leche dulce de leche, chocolate, leche y miel, brios, molino natural sabor naranja y

chips de chocolate, avena, y pasas de uva, avena y granola, frutos rojos) rococó, boca de dama, pepas, florinhas de batata y membrillo (Gaona), vainillas capri, anillos (gold mundo, gaona), bay biscuit (goldmundo, 9 de oro), coquitas (nevares), magdalenas dulcypas, maruquitas merengadas frutilla (Tia maruca), mini scones (tia maruca, malvi, recetas de la abuela), cubanitas y barquillos

Urquiza. Cereal mix con semillas y chips. Costa gran cereal masavena. Mini arrocitas de chocolate (cerealko), galletas de arroz arrocitas dulces (cerealko). Bizcochos de arroz dulces (gallo). Galletitas de limón (Balcarce).

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 3 de 7 |
|---|--|--|

Budín: soriano con chips de chocolate (1 porción de 60 gr.), canale (milanes, veneciano, con pepitos y copos de almendra). **Pan dulce:** terrabusi, canale.

Bebidas: agua potable, agua mineral (Eco de los andes, Ivess, Glaciar, Dasani, Patagonia, Bon aqua, ser, cellier, King). Soda ivess y max. **Jugos de frutas caseros. Jugo concentrado para diluir:** mocoreta pomelo rosado. **Jugos listo para consumo:** BC, Tropicana, Baggio común y light (no liviano, fresh ni jugo “Soy yo”), cepita común (excepto multifruta) (no en botella); cepita premium (naranja, manzana); cepita light, yahoo (excepto sport). **Jugos en polvo:** arcor (todos, excepto manzana), clight (solo pomelo rosado y amarillo, naranja mango pera, mandarina); zukko común (excepto durazno); zukko zero (excepto manzana verde); ser (excepto pera dulce), tang (limonada y pomelo rosado); BC (naranja, limonada, naranja mango, pera, pomelo rosado, naranja dulce); tri (manzana, multifruta, naranja).

Gaseosas con azúcar: coca cola común y life, paso de los toros tónica y pomelo, pepsi, seven up, pritty limón, cunnington (todas), seven up, manaos (naranja, pomelo blanco). Schweppes (pomelo y tónica). **Gaseosas sin azúcar:** coca cola light, zero, seven up free, pepsi max y light, paso de los toros pomelo light, fanta naranja zero, schweppes light.

Aguas saborizadas: H2O (lima limón, pomelo pink, citrus), ivess ser (lima limón, lemon fresh, citrus pasión, naranja durazno, pomelo rosado). Agua glaciar saborizada. Fuze tea (limón, durazno). Terma limonada.

Otros: polvos para preparar flan, gelatina, helados, postres (no royal 5 minutos), mousse. Cacao. Helados de agua. Papas fritas sin sal (kranchitos y lays). Caldos comerciales sin Sal (knorr suiza, caldiet). Caldo para saborizar alicantes sin sal. Levadura. Polvo para pizzas y para pan (pureza) sin agregar sal.

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 4 de 7 |
|---|--|--|

Alimentos con moderado contenido de sodio

Consumir con una frecuencia semanal de 4 veces, hasta 8 porciones semanal.

Cada porción equivale a:

- Tapa de empanada (4 unidades)
- Tapa de tarta (2 porciones (100g))
- Galletitas dulces simples: azucaradas (Arcor), surtidas (Lia, Bagley, Diversion Arcor), variedad clásica, de chocolate, dorada, nuevo mix (Terrabusi), donuts, formis de frutilla y chocolate, tortitas de chocolate (Arcor), pepitos de chocolate con pepas de chocolate blanco, formis de frutillas, medallones de dulce de leche y chocolate (Nevares), Mini tapitas (sweet cookies, Fachitas), Palmeritas (Tía maruca), Anillos de chocolate (Bauduco), Anillos de coco (Tía maruca), sconchitos (9 de oro), bay biscuits (Soriano, Biscochos bay), boquitas de limón (Nevares), okebon (pescadito, osito, okechispas, María, Panal de abeja, Molino natural sabor avena y cacao, 10 semillas), Vainillas (Carrefour). **(28 unidades)**
- Galletitas dulces rellenas: macucas de chocolate, duquesa, merengada, panchitas de chocolate y vainillas, sonrisa nutrileche de limón, vainilla, frambuesa, multifruta, obleas, melba, oreo golden, tentaciones. Galletitas de limón rellenas y gemelitas Havanna **(14 unidades)**
- **Galletas de arroz.**
- **Madalenas.**
- Copos de cereal: 3 arroyos: crispito chocolatado con sorpresa (arroz), granola crujiente (pasas de uva, almendra, coco rallado), 3 ositos, aritos de avena y miel, chocojuelas, granola low fat (trigo, avena, arroz), almohaditas rellenas sabor chocolate, dos salvados, crujientes. Redonditos de chocolate. Cereal mix (pasas de uva, manzana, avena). Granix: aritos frutales (trigo y avena), skarchitos, azucopos, copos de maiz con miel, chocoflakes, bocaditos de avena y dos salvados. Quaker: total brand manzana (salvado de trigo), total brand pasas, estrella de avena, cuadraditos de avena. **(6 cucharadas soperas)**
- Barritas de cereales: quaker: menta de chocolate, mousse de chocolate, manzana, chispas de chocolate, lemon pie. Ser: durazno, frutilla y chocolate, semillas y maracuyá. Cereal mix:

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 5 de 7 |
|---|--|--|

relleno de durazno, manzana, frutilla, pasión chocolate, original, yogurt sabor frutilla común y light, lemon pie. cereanola: dulce de leche. seed bars: dulce de leche. Cereal fort light yogur y ananá, tradicional, action, nutri, flekos.

- Bizcochuelo comercial (**2 porciones: 120g**)
- Budín comercial (**2 porciones: 120g**) Don satur marmolado y frutado, nevares, calden, Dulcypas
- Facturas de panadería (**2 unidades**)
- Pionono (**2 porciones**) bimbo
- Golosinas y chocolates
- Chipá (**5 unidades**)
- Bizcochos de panadería/comercial (**5 unidades**)

Además podes agregar: 1 cucharadita tipo postre de:

- **Aderezos (mayonesa, kétchup, salsa golf, mostaza), o manteca o margarina o salsa de soja sin sal (Darami, Gell Singh)**

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 6 de 7 |
|---|--|--|

Alimentos con alto contenido de sodio: EVITAR

- Amasados de pastelería
- Pan con sal (**blanco, salvado, lactal**)
- Polvos para preparar bizcochuelos
- Harinas leudantes
- Alimentos de copetín: palitos, chizitos, maní salado, papas fritas.
- Embutidos
- Fiambres
- Sopas y caldos comerciales con sal
- Quesos con sal: cremosos, port salut, pategras, de rallar, mozzarella.
- Enlatados (**Caballa, anchoas, atún con sal, sardinas**)
- Tomate en lata marca: La banda, sabores del Valle
- Enlatados (**Soja**)
- Milanesa de soja (**Vegetalex con sal, luchetti, grande del sol, otras**)
- Salsa de soja con sal
- Pickles
- Aceitunas
- Pan rallado común
- Polvo para hornear
- Hamburguesas comerciales
- Comidas envasadas congeladas
- Gaseosas o jugos en polvo(salvo las indicadas)
- Manteca con sal
- Margarina con sal
- Sal común, sal de ajo, sal de apio con sodio
- Mayonesa, salsa golf, mostaza, ketchup (**según recomendación**)
- Agua mineral (salvo las indicadas)
- Polvos para preparar gelatina: royal 5 minutos.

| | | |
|---|--|--|
|  | PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOSÓDICO | Versión 02/2016 Vigencia desde NOVIEMBRE 2016 Página 7 de 7 |
|---|--|--|

CONSEJOS UTILES:

Usar condimentos, sobre todo frescos, para mejorar el sabor de las comidas.

Preferir la cocción al horno, plancha, parrilla (el hervido hace que se pierda, en parte, el sabor natural de los alimentos)

Utilizar, si es necesario, “sal sin sodio” (Cosalt, Eugusal, Genser Dietetica, Daharm Singht) o muy baja en sodio (SalUdable). Siempre, con previa autorización médica.

Leer los rótulos de los alimentos, donde debe figurar: sin sal o sin sal agregada.

**“APRENDER A COMER SIN SAL REQUIERE TIEMPO Y PACIENCIA PARA LOGRAR SU
ADAPTACION”**

Anexo 2: Consentimiento informado para participantes de la investigación.

En propósito de esta ficha de consentimiento es proveerles una clara explicación de la naturaleza de esta investigación, así como de su rol como participante del estudio.

Mi nombre es Mará Florencia Irala Bruzzo, DNI 37.585.401 y me encuentro realizando el trabajo final integrador de la carrera de Licenciatura en Nutrición en la Universidad ISALUD de la ciudad de Buenos Aires.

El propósito del presente trabajo es poder conocer la prevalencia de adherencia de los regímenes hiposódicos indicados por el servicio de nutrición a los pacientes diagnosticados con presión arterial alta, y así poder identificar los motivos que dificultan su adherencia en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de presión arterial alta.

Los convoco a participar del estudio, cumplimentando con las encuestas que le serán realizadas por su nutricionista en su próxima consulta. Las mismas hacen referencia a una encuesta nutricional, frecuencia de consumo de ciertos tipos de alimentos, grado de conocimiento que tiene sobre la hipertensión, y posibles motivos que pueden dificultar el cumplimiento.

Puede negarse a participar o a contestar las encuestas y formularios, la misma es anónima. Toda información será confidencial, analizada con fines estadísticos.

Desde ya, agradezco su colaboración.

Habiendo sido informado y entendiendo el consentimiento, en caso de aceptar la invitación a participar del estudio, completar:

Firma:.....

Fecha:.....

Aclaración de la firma:.....

Tipo y número de documento:.....

Anexo 3: Encuesta nutricional.

Encuesta Nutricional

Fecha de la encuesta:

Nº de encuesta:

Nombre y Apellido: _____

Sexo: _____

Edad: _____

INSTRUCCIONES: Marque con un círculo la respuesta que considere correcta. Gracias por su colaboración.

1) ¿Está usted bajo régimen alimentario especial para la presión arterial alta?

a) SI

b) NO

2) ¿Cree usted que está cumpliendo con las indicaciones dadas por el nutricionista para el tratamiento para la hipertensión?

a) SI

b) NO

3) ¿Por qué motivo cree usted que le podría dificultar seguir las indicaciones dadas por la nutricionista?

4) ¿Se controla regularmente la presión arterial?

a) SI

b) NO

5) ¿Cuál es el método de cocción que más se utiliza en su casa? Marque una (1) o más opciones.

a) Fritos/salteado

b) Horno/plancha

- c) Parrilla
- d) Al vapor
- e) Hervido

6) ¿Qué condimentos utiliza habitualmente para preparar sus comidas?. Marque una (1) o más opciones.

- a) Hierbas, especies
- b) Cubitos de caldos
- c) Aderezos
- d) Sabores en cubo o en polvo
- e) Sal de mesa

7) I. ¿Agrega sal a sus comidas?

- a) Siempre
- b) Nunca (Pase a la pregunta 6)

II. ¿Cuál?

- a) Sal de mesa común
- b) Reducida en sodio

8) A la hora de comer, ¿Se encuentra el salero en la mesa?

- a) SI
- b) NO

9) ¿Agrega sal a las comidas antes de probarla?

- a) Si
- b) No

10) ¿Compra alimentos sin sal?

- a) Nunca
- b) Siempre

Anexo 4: Formulario de frecuencia de consumo habitual de alimentos procesados e industrializados

| <i>INSTRUCCIONES: A continuación, por cada alimento listado marque con una cruz (x), con que frecuencia ha consumido.</i> | | | | | | | | |
|--|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Alimentos | Nunca | 1 vez por semana | 2 veces por semana | 3 veces por semana | 4 veces por semana | 5 veces por semana | 6 veces por semana | 7 veces por semana |
| Tapa de empana (4 unidades) | | | | | | | | |
| Tapa de empana (más 4 unidades) | | | | | | | | |
| Tapas de tarta (2 porciones (100g)) | | | | | | | | |
| Galletitas dulces simples: azucaradas (Arcor), surtidas (Lia, Bagley, Diversion Arcor), variedad clásica, de chocolate, dorada, nuevo mix (Terrabusi), donuts, formis de frutilla y chocolate, tortitas de chocolate (Arcor), pepitos de chocolate con pepas de chocolate blanco, formis de frutillas, medallones de dulce de leche y chocolate (Nevares), Mini tapitas(sweet cookies, Fachitas), Palmeritas (Tía maruca), Anillos de chocolate (Bauduco), Anillos de coco (Tia maruca), sconcitos (9 de oro), bay biscuits (Soriano, Biscochos bay), boquitas de limon (Nevares), okebon (pescadito, osito, okechispas, María, Panal de abeja, Molino natural sabor avena y cacao, 10 semillas), Vainillas(Carrefour). (28 unidades) | | | | | | | | |
| Otras galletitas dulces simples | | | | | | | | |
| Galletitas dulces rellenas: macucas de chocolate, duquesa, merengada, panchitas de chocolate y vainillas, sonrisa nutrileche de limón, vainilla, frambuesa, multifruta, obleas, melba, oreo golden, tentaciones. Galletitas de limón rellenas y gemelitas Havanna (14 unidades) | | | | | | | | |
| Otras Galletitas dulces rellenas | | | | | | | | |

| Alimentos | Nunca | 1 vez por semana | 2 veces por semana | 3 veces por semana | 4 veces por semana | 5 veces por semana | 6 veces por semana | 7 veces por semana |
|--|--------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Galletas de arroz con sal | | | | | | | | |
| Madalenas | | | | | | | | |
| Copos de cereal: 3 arroyos: crispito chocolatado con sorpresa (arroz), granola crujiente (pasas de uva, almendra, coco rallado), 3 ositos, aritos de avena y miel, chocojuelas, granola low fat (trigo, avena, arroz), almohaditas rellenas sabor chocolate, dos salvados, crujientes. Redonditos de chocolate. Cereal mix (pasas de uva, manzana, avena). Granix: aritos frutales (trigo y avena), skarchitos, azucopos, copos de maíz con miel, chocoflakes, bocaditos de avena y dos salvados. Quaker: total brand manzana (salvado de trigo), total brand pasas, estrella de avena, cuadraditos de avena. (6 cucharadas soperas) | | | | | | | | |
| Barritas de cereales: quaker: menta de chocolate, mousse de chocolate, manzana, chispas de chocolate, lemon pie. Ser: durazno, frutilla y chocolate, semillas y maracuya. Cereal mix: relleno de durazno, manzana, frutilla, pasión chocolate, original, yogurt sabor frutilla común y light, lemon pie. cereanola: dulce de leche. seed bars: dulce de leche. Cereal fort light yogur y ananá, tradicional, action, nutri, flekos. | | | | | | | | |
| Bizcochuelo comercial (2 porciones: 120g) | | | | | | | | |
| Budín comercial (2 porciones: 120g) Don satur marmolado y frutado, nevares, calden, Dulcypas. | | | | | | | | |
| Facturas de panadería (2 unidades) | | | | | | | | |
| Facturas de panadería (más de 2 unidades) | | | | | | | | |

| Alimentos | Nunca | 1 vez por semana | 2 veces por semana | 3 veces por semana | 4 veces por semana | 5 veces por semana | 6 veces por semana | 7 veces por semana |
|--|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Pionono Bimbo (2 porciones) | | | | | | | | |
| Golosinas y chocolates | | | | | | | | |
| Chipá (5 unidades) | | | | | | | | |
| Chipá (más de 5 unidades) | | | | | | | | |
| Bizcochos de panadería/comercial (5 unidades) | | | | | | | | |
| Bizcochos de panadería/comercial (Más de 5 unidades) | | | | | | | | |
| Amasados de pastelería | | | | | | | | |
| Pan con sal (blanco, salvado, lactal) | | | | | | | | |
| Polvos para preparar bizcochuelos | | | | | | | | |
| Harinas leudantes | | | | | | | | |
| Alimentos de copetín: palitos, chizitos, maní salado, papas fritas. | | | | | | | | |
| papas fritas: kranchitos y lays sin sal | | | | | | | | |
| Embutidos | | | | | | | | |
| Fiambres | | | | | | | | |
| Sopas y caldos comerciales con sal | | | | | | | | |
| Quesos con sal: cremosos, port salut, pategras, de rallar, mozzarella. | | | | | | | | |
| Enlatados (Caballa, anchoas, atún con sal, sardinas) | | | | | | | | |
| Tomate en lata marca: La banda, sabores del Valle | | | | | | | | |
| Enlatados (Soja) | | | | | | | | |
| Milanesa de soja sin sal (Vegetalex) | | | | | | | | |
| Milanesa de soja (Vegetalex con sal, luchetti, grande del sol, otras) | | | | | | | | |

| Alimentos | Nunca | 1 vez por semana | 2 veces por semana | 3 veces por semana | 4 veces por semana | 5 veces por semana | 6 veces por semana | 7 veces por semana |
|--|--------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Salsa de soja con sal | | | | | | | | |
| Pickles | | | | | | | | |
| Aceitunas | | | | | | | | |
| Pan rallado común | | | | | | | | |
| Polvo para hornear | | | | | | | | |
| Hamburguesas comerciales | | | | | | | | |
| Comidas envasadas congeladas | | | | | | | | |
| Gaseosas (2 vasos) | | | | | | | | |
| Gaseosas (más de 2 vasos) | | | | | | | | |
| Jugos en polvo (2 vasos) | | | | | | | | |
| Jugos en polvo (más de 2 vasos) | | | | | | | | |
| Manteca con sal | | | | | | | | |
| Margarina con sal | | | | | | | | |
| Sal común, sal de ajo, sal de apio con sodio | | | | | | | | |
| Mayonesa, salsa golf, mostaza, ketchup (1 cuchara tipo postre) | | | | | | | | |
| Mayonesa, salsa golf, mostaza, ketchup (más de 1 cuchara tipo postre) | | | | | | | | |
| Agua mineral bajas en sodio (glaciar, eco, kin, ivess, ser, dasani, bon aqua, patagonia, king, cellier) | | | | | | | | |
| Agua mineral (otras marcas) | | | | | | | | |
| Jugos listos para consumo: baggio: liviano fresh. Cepita multifruta botella. Yahoo sport. | | | | | | | | |
| Jugos en polvo: arcor de manzana, clight: naranja, manzana, mandarina | | | | | | | | |
| Polvos para preparar gelatina: royal 5 minutos. | | | | | | | | |

Anexo 5: Encuesta de posibles motivos de no adherencia al tratamiento.

INTRUCCIONES: marque con un círculo la respuesta que elija.

1. ¿Dispone usted del dinero necesario para comprar la totalidad de los alimentos recomendados por la nutricionista?
 - a) SI
 - b) NO
 - c) Solo me alcanza para una parte de ellos

2. Usted, ¿Entendió todas las indicaciones dadas por la nutricionista?
 - a) SI
 - b) NO

3. ¿Le interesa a usted llevar de manera correcta el tratamiento nutricional?
 - a) SI
 - b) NO

4. Usted, ¿cree que con la medicación basta para tratar su enfermedad?
 - a) SI
 - b) NO

Anexo 6: Cuestionario de conocimiento de pacientes hipertensos

INSTRUCCIONES: marque con una (X) la respuesta que usted cree que es correcta y complete en el caso que sea necesario. Gracias!

1) ¿Sabe qué es la hipertensión?

- a) SI
- b) NO
- c) NO SE

2) ¿Considera que la hipertensión es una enfermedad para toda la vida?

- a) SI
- b) NO
- c) NO SE

3) ¿A partir de qué valor se considera la presión arterial se encuentra elevada?

- a) 140/90 14/9
- b) 160/95 16/9.5
- c) 130/85 13/8.5

4) ¿Cuál es el valor normal de la presión arterial?

- a) 90/50
- b) 120/80
- c) 140/70
- d) 160/80

5) ¿Conoce las cifras de su presión arterial?

- a) SI
- b) NO

6) ¿Le han explicado qué es la hipertensión?

- a) SI
- b) NO

- c) NO SE
- 7) ¿Conoce los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial?
- a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE
- 8) ¿Considera que la presión arterial puede provocar problemas en el corazón?
- a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE
- 9) ¿Considera que la presión arterial puede provocar daños en el cerebro?
- a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE
- 10) ¿Considera que la presión arterial puede provocar daños en el riñón?
- a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE
- 11) ¿Es importante la alimentación en la reducción de la presión arterial?
- a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE
- 12) ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?
- a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE