



Universidad de
Concepción del
Uruguay

Facultad de Ciencias Médicas
Centro Regional Santa Fe

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS RESPECTO AL CONSUMO DE SODIO DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE CARDIOLOGÍA DIAGNÓSTICA”

Tesina presentada para completar los requisitos del
plan de estudio de la Licenciatura en Nutrición.

BONINO, CANDELA
Alumna

LIC. PAGANI, MARINA
Directora

Santa Fe, Noviembre 2023

*“La opinión expresada por el autor de esta tesina no representa
necesariamente los criterios de la carrera de Licenciatura en Nutrición
de la Universidad de Concepción del Uruguay”*



PÁGINA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL EVALUADOR:

.....
Licenciada en Nutrición Echevarría, Alejandra.

.....
Licenciada en Nutrición Leiva, Camila.

.....
Licenciada en Nutrición Faba, Macarena.

LUGAR Y FECHA:

.....
.....

CALIFICACIÓN:

.....
.....



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento y reconocimiento a Marina Pagani, mi directora de Tesina, por su valioso apoyo y orientación a lo largo de todo el desarrollo de este proyecto. Su compromiso, dedicación y experiencia han sido fundamentales para el éxito de esta investigación. Quiero reconocer especialmente su disponibilidad y prontitud para organizar reuniones y responder mis inquietudes, siempre brindándome el apoyo necesario para superar los desafíos que se presentaron en el camino.

También quiero expresar mi profundo agradecimiento a Macarena, Alejandra y Camila por su dedicación y compromiso a la hora de evaluar mi Tesina. Sus aportes han sido de gran valor para mejorar y enriquecer mi trabajo. Asimismo, me gustaría agradecer a la Doctora en Nutrición Szydlowski Natalia por su eficiente orientación en el desarrollo de esta Tesina.

Además, quiero aprovechar la oportunidad para agradecer a Bianca, Virginia y Lucía, quienes han sido una parte fundamental de mi experiencia universitaria. Juntas hemos vivido las alegrías y los desafíos de la vida universitaria, apoyándonos en cada paso del camino. Pero más allá de lo académico, valoro profundamente la amistad que formamos. También quiero agradecer a Sheyla, Sol y Milagros, grandes amigas que la facultad me brindó.

Agradezco a la Universidad de Concepción del Uruguay por brindarme un ambiente de aprendizaje enriquecedor. Además, quiero reconocer el valioso apoyo y la dedicación de los profesores que han guiado mi educación.

A mi familia, especialmente a mis padres, a quienes agradezco profundamente por su inquebrantable amor, apoyo y sacrificio a lo largo de mi camino académico. Han sido mi fuente de aliento y motivación constante, animándome a perseguir mis sueños y a nunca rendirme. Por último, a mi grupo de amigas, gracias por celebrar mis logros como propios, por estar presentes en cada etapa y por ser un pilar fundamental en mi vida.



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 5 |
| INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| Enfermedades cardiovasculares | 8 |
| Hipertensión arterial | 9 |
| Prevalencia de HTA en adultos argentinos | 10 |
| Factores de riesgo de HTA | 11 |
| El sodio | 13 |
| Recomendaciones para el seguimiento de una dieta controlada en sodio | 15 |
| Trabajo interdisciplinario | 17 |
| ANTECEDENTES | 18 |
| OBJETIVOS | 20 |
| Objetivo general | 20 |
| Objetivos específicos | 20 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 21 |
| Metodología | 21 |
| Plan de trabajo | 22 |
| Materiales y métodos | 23 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 27 |
| RESULTADOS | 28 |
| DISCUSIÓN | 46 |
| CONCLUSIÓN | 49 |
| RECOMENDACIONES | 53 |
| BIBLIOGRAFÍA | 55 |
| ANEXOS | 59 |
| Anexo I | 60 |
| Anexo II | 64 |
| Anexo III | 65 |
| Anexo IV | 66 |
| Anexo V | 68 |



RESUMEN

La hipertensión arterial se posiciona como uno de los principales desafíos de salud a nivel mundial y nacional. Esta enfermedad, además de representar un problema por sí misma, constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Se ha establecido una estrecha relación entre el consumo excesivo de sodio en la alimentación y un mayor riesgo de desarrollar hipertensión, como así también de dificultar el control de la presión arterial en aquellos pacientes ya diagnosticados con esta condición.

Es por esto que la presente Tesina tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica.

La investigación adoptó un enfoque metodológico de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. Tuvo lugar de realización en el Centro de Cardiología Diagnóstica de la ciudad de Santa Fe, en el año 2023. La muestra estuvo conformada por 50 adultos hipertensos que asistieron a dicho establecimiento y cumplieron con los criterios de inclusión.

La recolección de los datos se ha efectuado mediante una encuesta adaptada, realizada de manera presencial, anónima y escrita. Posteriormente, los datos obtenidos fueron volcados en el Software Microsoft Excel 2016, donde se analizaron mediante la confección de gráficos.

Los resultados de esta investigación mostraron que en la muestra seleccionada (N=50), el 56% (28) exhibió un nivel de conocimiento escaso, mientras que el 32% (16) un nivel intermedio. Asimismo, el 50% (25) demostró efectuar prácticas alimentarias inadecuadas, seguido del 42% (21) que presentó hábitos poco adecuados.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, Prácticas alimentarias, Enfermedades cardiovasculares, Hipertensión arterial, Presión arterial, Sodio, Sal, Adultos hipertensos.



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Tal como refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las problemáticas más prevalentes en la salud pública a nivel mundial, constituyendo la principal causa de mortalidad. Los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) son características que aumentan la probabilidad de sufrir una ECV a un individuo. Según explican Lobos Bejarano y Brotons Cuixart (2011), la hipertensión arterial (HTA) representa uno de los FRCV modificables más frecuentes.

En tal sentido, la HTA constituye un trastorno en el cual existe un aumento persistente de la presión sobre los vasos sanguíneos a través de los cuales circula la sangre en el cuerpo. La misma se expresa considerando la medición de dos cifras: la tensión sistólica (presión causada por el corazón cuando se contrae o late) y la tensión diastólica (presión ejercida cuando los ventrículos del corazón se relajan). Para el diagnóstico de dicha patología se consideran los siguientes valores: PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (OMS, 2023).

Cabe destacar que la edad se encuentra fuertemente asociada con la aparición de HTA. Dicha patología representa un problema de salud de larga data en la población adulta, mayormente asociado a prácticas de alimentación inadecuadas (García Pérez et al., 2014). Al respecto, la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo puso en evidencia que la prevalencia de HTA en adultos argentinos resultó ser mayor al 34,6%, lo que la convierte en el principal FRCV. Asimismo, representa el motivo principal de accidente cerebrovascular y la primera causa de muerte (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019).

Las afecciones mencionadas en líneas anteriores se vinculan con la ingesta excesiva de sodio dietario, constituyendo uno de los factores preponderantes de riesgo cardiovascular (Gaitán et al., 2015). Por tal motivo, la OMS aconseja a los adultos aminorar el consumo de sodio por debajo de los 2 gramos, es decir, 5 gramos de sal al día, para lograr reducir la tensión arterial y, consecuentemente, el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cardiopatías coronarias (López y Suarez, 2017).

Si bien en Latinoamérica se ha trabajado en la disminución del contenido de sodio de los alimentos procesados, es fundamental llevar a cabo acciones específicas que ayuden al fortalecimiento de las prácticas alimentarias y culinarias saludables, incluyendo una reducción del consumo de sodio dietario (Gaitán et al., 2015). Para ello



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

resulta crucial implementar herramientas educativas que tengan como objetivo fomentar el conocimiento respecto a la diferencia entre la “sal” y el “sodio”, como así también, especificar la interacción de ambos en la alimentación e identificar aspectos específicos que se deben considerar en una alimentación hiposódica (Arboleda et al., 2020).

En síntesis, puede afirmarse que los hábitos alimentarios inadecuados resultan ser un factor de riesgo que contribuye al aumento de la prevalencia de HTA. Sin embargo, la evidencia científica pone de relieve que –mayoritariamente– la regulación de dicha patología se limita a la administración de medicamento y, ante una evolución no satisfactoria, un aumento de la dosis. De este modo, se deja de lado un pilar fundamental del tratamiento: la alimentación saludable.

En concordancia con lo antes expuesto, la alimentación afecta significativamente la enfermedad e influye en la severidad de la misma. En tal sentido, un estilo de vida poco saludable posee gran implicancia en el desarrollo de la hipertensión.

Considerando la estrecha relación entre el consumo de sodio, la HTA y las ECV, resulta trascendental que los adultos conozcan qué alimentos son aquellos que aportan mayor cantidad del mineral en cuestión. No obstante, las investigaciones que analizan esta problemática demuestran que en la actualidad la población no posee conocimientos al respecto. Es por ello que se dificulta la selección de comidas apropiadas para tal condición, lo que repercute en sus prácticas alimentarias.

Con lo expuesto hasta aquí, surgió un interrogante que interesó esclarecer mediante el presente trabajo investigativo: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica?



MARCO TEÓRICO

Enfermedades cardiovasculares

Las ECV representan aquellos trastornos del sistema circulatorio que incluyen al corazón, los vasos sanguíneos y la sangre. Se trata de patologías de etiología y localización diversas, las cuales se clasifican en cuatro tipos generales:

- Enfermedades isquémicas del corazón: son producto del estrechamiento progresivo de la luz de las arterias coronarias, causado por la formación de la placa de ateroma. Dichas placas constan de una zona central constituida por colesterol, lípidos, células inflamatorias y productos de desecho, y una cápsula formada por tejido fibroso y células musculares. La isquemia se genera por la obstrucción total de la arteria que, en caso de prolongarse, da lugar al infarto.
- Enfermedades cerebrovasculares: se deben a alteraciones de la circulación cerebral y se clasifican en isquémicas o hemorrágicas. En las primeras, se produce una disminución del flujo sanguíneo que llega al cerebro, dando lugar al infarto cerebral. En las segundas, existe una extravasación de sangre por rotura de algún vaso sanguíneo.
- Enfermedades vasculares periféricas: constituyen trastornos de la circulación en los vasos (arterias o venas) que irrigan las piernas y los brazos. El flujo sanguíneo se enlentece y hay estrechamiento de los vasos, hinchazón y dolor, pudiendo causar isquemia. Cuando las venas son afectadas, se forman trombos (coágulos de sangre) que causan oclusión, dando lugar a trombosis venosa.
- Otras enfermedades cardiovasculares: se destacan las cardiopatías congénitas y la cardiopatía reumática.

Cabe aclarar que, según explican Corella y Ordovás (2007), las dos primeras mencionadas son responsables de más del 60% de la mortalidad cardiovascular total.

Además, existen factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), es decir, características biológicas o estilos de vida que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV).



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Los factores de riesgo pueden ser no modificables o modificables. Entre los primeros se incluye la edad, el sexo y factores genéticos. Por otro lado, los segundos constituyen aquellos de mayor interés en el ámbito de la salud, debido a la posibilidad de establecer ciertas acciones para prevenirlos. Entre ellos pueden mencionarse la HTA, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y sobrepeso/obesidad (Lobos Bejarano y Brotons Cuixart, 2011).

Hipertensión arterial

La presión arterial (PA), también conocida como tensión arterial, es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos mientras fluye a través del torrente. Clínicamente, los niveles de PA se miden en milímetros de mercurio (mmHg) y se expresan como dos cifras: la presión arterial sistólica (PAS) y la diastólica (PAD). La primera de ellas es conocida como “máxima” y alude a la presión más alta alcanzada por las arterias durante la sístole, es decir, la contracción del tejido muscular del corazón. Por su parte, la segunda mencionada, también llamada “mínima”, refiere a la presión sanguínea más baja que puede presentarse durante la diástole, es decir, la relajación del corazón entre latidos (Tortora y Derrickson, 2013).

La HTA se produce cuando la PA es persistentemente alta. A partir de una PAS mayor o igual a 140 mmHg y/o una PAD mayor o igual a 90 mmHg se han observado incrementos significativos del riesgo cardiovascular. Por tal motivo, fueron estos los valores que se consideraron para el diagnóstico de HTA. De esta manera, los valores de PA pueden clasificarse como se expresa a continuación (Torresani y Somoza, 2009):

| Categoría | PAS (mmHg) | | PAD (mmHg) |
|--------------|------------|-----|------------|
| Óptima | < 120 | y | < 80 |
| Normal | 120 – 129 | y/o | 80 – 84 |
| Normal alta | 130 – 139 | y/o | 85 – 89 |
| Hipertensión | | | |
| Nivel 1 | 140 – 159 | y/o | 90 – 99 |
| Nivel 2 | 160 – 179 | y/o | 100 – 109 |
| Nivel 3 | ≥ 180 | y | ≥ 110 |

Fuente: Torresani y Somoza (2009).



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Cabe aclarar que se utiliza la misma clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos. No obstante, en niños y adolescentes se adoptan otros criterios basados en percentiles, puesto que en dichos grupos etarios aún no se dispone de estudios de intervención (De Luis Román et al., 2017).

Dependiendo de los factores asociados a su desarrollo, la HTA puede clasificarse como “primaria” o “secundaria”. La “primaria”, también conocida como “esencial”, es la forma más común (90-95% de los casos), y se origina a causa de una compleja interacción entre hábitos de vida inadecuados y expresión genética. En cambio, la “secundaria” es aquella que surge como consecuencia de una patología subyacente: enfermedades renales, cardiovasculares o del sistema endócrino (Mahan et al., 2013).

Un dato no menor es que, a pesar de representar una de las tres causas que producen mayor mortalidad en la población, el 50% de los hipertensos no conocen su condición. Principalmente, esto se debe a que los síntomas pueden demorar un amplio período de tiempo en aparecer, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la HTA como una “enfermedad silenciosa” (Torresani y Somoza, 2009).

Prevalencia de HTA en adultos argentinos

La vigilancia epidemiológica representa una herramienta fundamental, puesto que proporciona información en el momento oportuno para accionar. Recientemente, la OMS (2023) informó que un estimativo de 1280 millones de adultos en el mundo presenta HTA, de los cuales el 46% desconoce su padecimiento y apenas el 21% tiene control sobre el mismo.

En lo que respecta a la República Argentina, diferentes estudios epidemiológicos han intentado establecer la prevalencia de la HTA. RENATA II conformó una de estas investigaciones y consistió en un relevamiento efectuado con la finalidad de analizar la prevalencia, el conocimiento y el control de la HTA. Fue llevado a cabo entre agosto de 2015 y marzo de 2016 y participaron 5931 individuos mayores de 18 años. Mediante el mismo, se pudo advertir que la prevalencia de la enfermedad fue del 36,3%, el porcentaje de varones afectados era mayor que el de mujeres y, en ambos casos, los índices aumentaban conforme a la edad. El 38,8% del total de hipertensos desconocía su afección, mientras que solo el 5,7% estaba al tanto, pero no ejercía un control sobre la misma (Delucchi et al., 2017).



Resultados similares fueron encontrados en la cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada entre septiembre y diciembre de 2018. Su objetivo fue proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre los factores de riesgo y prevalencias de las principales enfermedades no transmisibles en la población mayor a 18 años de la República Argentina. Los datos pusieron de manifiesto que la prevalencia de HTA en adultos argentinos es superior al 34,6%.

Es importante destacar que seis de cada diez personas que se autorreportaron como hipertensas tenían la presión arterial elevada en el momento de las mediciones. De este modo se confirma que, ya sea por un tratamiento insuficiente o por su incumplimiento, se desempeña un inadecuado control sobre la enfermedad en cuestión. También se considera relevante que, entre quienes no se autorreportaron como hipertensos, las mediciones expresaban presión arterial elevada en el 32% de los casos. Esto indica un alto nivel de subdiagnóstico de la condición silenciosa aquí abordada (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019).

La prevalencia de HTA en Argentina va en aumento, mientras que –tal como se observa en los estudios mencionados– el grado de conocimiento y control de la misma permanecen estancados (Piskorz et al., 2023).

Factores de riesgo de HTA

Como se ha explicado anteriormente, los resultados de los estudios epidemiológicos permiten la identificación de factores de riesgo que contribuyen con la aparición de HTA. El conocimiento al respecto de dicha patología resulta clave para su prevención, manejo y control. De acuerdo a la posibilidad de intervención en los factores de riesgo, han sido clasificados en *modificables* y *no modificables*.

Por un lado, los *modificables* se encuentran asociados al estilo de vida de cada individuo y presentan la posibilidad de ser evitados, disminuidos o eliminados mediante comportamientos saludables. Según refieren Figueroa López y Ramos del Rio (2006), como así también Torresani y Somoza (2009), dentro de los mismos se encuentran los siguientes:

- Sedentarismo o inactividad física: es considerada sedentaria aquella persona que no realiza una actividad o ejercicio físico de manera regular. El sedentarismo aumenta la incidencia de HTA entre un 20 y un 50%. La actividad física produce



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

vasodilatación periférica y disminución de la renina, induciendo un descenso de 6-7 mmHg de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica.

- Ingesta excesiva de sodio: la presión arterial se reduce en una proporción del 30% al disminuir el consumo de sodio en la dieta, produciendo de esta manera un efecto similar al de los fármacos contra la HTA.
- Consumo excesivo de cafeína: debido al aumento que provoca en la secreción de renina plasmática y catecolaminas, la cafeína intensifica la presión arterial.
- Bajo consumo de potasio: El aporte de potasio en la dieta aumenta la natriuresis de manera inmediata, y reduce la resistencia vascular periférica por vasodilatación arterial directa, estimulando la secreción de renina plasmática y antagonizando su transporte celular. Se ha comprobado que la presión arterial se mantiene invariable a través de los años en aquellas poblaciones indígenas que consumen gran cantidad de alimentos ricos en este mineral.
- Sobrepeso y obesidad: el exceso de peso se relaciona directamente con el desarrollo de HTA, tal es así que la presión sanguínea sistólica y diastólica disminuye aproximadamente 1.6/1.3 mmHg con la pérdida de 1 kg de peso corporal.
- Tabaquismo: la vasoconstricción constituye el principal efecto de la nicotina. Es por esto que el consumo de tabaco incrementa la presión arterial, disminuye el flujo sanguíneo y, por consiguiente, produce daños progresivos e irreversibles a nivel cardíaco y pulmonar.
- Alcoholismo: la ingesta excesiva de alcohol eleva la presión arterial, produce daño miocárdico y favorece la presencia de arritmias cardíacas, además de aumentar el riesgo de obesidad por su aporte calórico. Se considera excesivo el consumo de más de 39 cc de alcohol por día.
- Estrés: es conocido como la sensación de amenaza física o psíquica experimentada por la persona en forma aguda o sostenida. Debido a la estimulación adrenérgica y la liberación de hormonas vasoconstrictoras puede provocar HTA. Diferentes factores estresores del ambiente elevan la presión arterial, la cual suele normalizarse cuando la situación desaparece. Sin embargo, la exposición crónica a dichos factores puede jugar un rol importante en el desarrollo de HTA.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Por otro lado, los factores *no modificables* son aquellos que por su naturaleza no permiten la posibilidad de ser tratados. Entre ellos se encuentran los mencionados a continuación:

- Antecedentes familiares de HTA: la probabilidad de desarrollar HTA es de aproximadamente el 25% si uno de los padres presenta la enfermedad. Dicho porcentaje aumenta al 60% cuando ambos padres tienen presión elevada.
- Origen étnico: diversos estudios han demostrado que la raza negra presenta mayor incidencia de HTA severa.
- Edad: existe una relación directamente proporcional entre el aumento de la edad y la frecuencia de aparición de HTA. Precisamente, se sostiene que luego de los 45 años en el hombre y de los 55 años en la mujer, el riesgo de desarrollar HTA incrementa significativamente. La pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las arterias conforme aumenta la edad, representa uno de los mecanismos por los cuales se da dicha condición. Sin embargo, esta enfermedad es cada vez más frecuente en los adultos jóvenes.
- Género: los hombres tienen más posibilidades de sufrir esta condición. De todos modos, luego del periodo de menopausia desarrollado por las mujeres dicho riesgo se equipara.

El sodio

El sodio (Na⁺) representa el principal catión del líquido extracelular. Es indispensable para la regulación del volumen de dicho compartimiento, la osmolaridad, el equilibrio ácido-base y el potencial de membrana de las células. Por otro lado, debido a su importancia en la transmisión de los impulsos nerviosos, es también necesario para el mantenimiento de la normal excitabilidad muscular. Además, forma parte de las secreciones digestivas y participa en la absorción de ciertos nutrientes (Torresani y Somoza, 2009).

Múltiples estudios reconocen la existencia de una relación directa entre la excesiva y continua ingesta de sodio y el aumento de la PA. La mayor retención de sodio y fluidos en los vasos sanguíneos constituye uno de los mecanismos responsables. Es indudable que una reducción en la ingesta de este mineral está asociada a la disminución de la PA (Mahan et al., 2013).



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Por los motivos expuestos previamente, la OMS recomienda a los adultos consumir menos de 2 gramos de sodio al día, a fin de reducir el riesgo de enfrentar diversas enfermedades cardiovasculares. En tal sentido, la dieta hiposódica representa una recomendación habitual para los pacientes hipertensos. De acuerdo a su contenido en sodio, se pueden dividir en cuatro categorías: severas, estrictas, moderadas y leves.

| Dieta | Miligramos de Na | mEq Na | Gramos de NaCl |
|----------|------------------|---------|----------------|
| Severa | 200 – 500 | 10 – 20 | 0,5 – 1,25 |
| Estricta | 500 – 1000 | 20 – 43 | 1,25 – 2,5 |
| Moderada | 1000 – 1500 | 43 – 65 | 2,5 – 4 |
| Leve | 1500 – 2000 | 65 – 90 | 4 – 5 |

Fuente: Torresani y Somoza (2009).

La reducción de sodio no se limita a restringir el uso de sal de mesa, sino también el consumo de alimentos fuente de dicho mineral. En rasgos generales, son seis las posibilidades de ingreso de sodio al organismo (Torresani y Somoza, 2009):

- **Sal de mesa o cloruro de sodio (NaCl):** Constituye el principal aporte de sodio en la alimentación. Un gramo de sal contiene 600 mg de cloro y 400 mg de sodio. A su vez, existen cuatro clases diferentes de sustitutos de la sal de mesa:
 - Sales dietéticas: no contienen NaCl, sino que se realizan a base de cloruro de potasio (ClK) o de amonio (ClNH₄). Si bien no aportan sodio, es fundamental tener en cuenta que no pueden ser utilizadas en todas las patologías. Por un lado, las sales de potasio pueden recomendarse sólo a pacientes sin compromiso renal, mientras que las sales de amonio pueden ser utilizadas solamente por pacientes sin complicaciones hepáticas.
 - Sales modificadas: son aquellas con menor contenido de NaCl. Combinan la tercera parte de sodio con dos terceras partes de potasio. Tanto las sales modificadas como las dietéticas deben ser utilizadas en la comida ya servida, a fin de no modificar su sabor.
 - Sellos comerciales: son NaCl dosificado. Se presentan en sellos de 0,5 gramos de ClNa y vienen ranurados para su fraccionamiento en dos cuartos. Al igual que las anteriores, se deben agregar a la preparación ya servida, para no desperdiciarla durante la cocción.
 - Sal marina: Es procedente de la evaporación del agua de mar y contiene naturalmente sodio, iodo, magnesio y potasio.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

- **Alimentos “salados”:** tales como fiambres, embutidos, alimentos en salmuera, productos de snack, caldos y sopas concentradas, conservas, enlatados, mariscos, aderezos.
- **Sodio contenido naturalmente en los alimentos:** de acuerdo al contenido natural de sodio que presentan los alimentos, se pueden clasificar en:
 - Muy bajo (< 40 mg %): cereales y harinas, vegetales y frutas frescas, aceites, azúcar y dulces caseros, infusiones naturales.
 - Bajo a moderado (40 - 240 mg %): leche, yogur, crema de leche, carnes, huevos, quesos blandos, determinados vegetales (acelga, apio, achicoria, espinaca, remolacha).
 - Alto (> 240 mg %): Quesos duros o de rallar, manteca, margarina, productos de panificación.
- **Agua mineral:** el 10% del sodio ingerido proviene del agua consumida. Sin embargo, existen en el mercado aguas minerales hiposódicas (De Luis Román et al., 2017).
- **Aditivos utilizados por la industria alimenticia:** el sodio forma parte de diversos compuestos utilizados por la industria en el procesado y la conservación de los productos industrializados. Por ejemplo: el *benzoato sódico* se utiliza en la elaboración de condimentos, salsas, margarinas; el *citrate sódico* y *glutamato monosódico* son saborizantes empleados en gelatinas, golosinas y diversas bebidas; el *propionato sódico* es un blanqueador que se adiciona a los productos congelados; el *alginato de sodio* es un suavizante que se utiliza en la producción de helados, cremas y bebidas lácteas; por último, *bicarbonato de sodio* resulta de múltiple utilidad.
- **Compuestos utilizados por la industria farmacéutica.**

Recomendaciones para el seguimiento de una dieta controlada en sodio

Lo expuesto anteriormente refleja la importancia de la lectura de las etiquetas de los productos alimenticios, ya que no necesariamente un producto industrial debe ser “salado” para contener un significativo aporte de sodio (Torresani y Somoza, 2009). En adición Food and Drug Administration (2022) sostiene que es fundamental que los pacientes busquen en los envases de alimentos y bebidas los siguientes mensajes nutricionales:



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

- Sin sodio: menos de 5 mg de sodio por porción.
- Muy bajo en sodio: ≤ 35 mg de sodio por porción.
- Bajo en sodio: ≤ 140 mg de sodio por porción.
- Reducido en sodio: Al menos un 25% menos de sodio que en el producto estándar.
- Poco sodio: Al menos un 50% menos de sodio que en el producto estándar.
- Sin sal añadida: No se añade sal al producto durante su procesamiento. Sin embargo, esto no implica que el alimento no contenga sodio, a menos que así se indique.

Con el concepto de valor diario (VD) se hace referencia a la ingesta recomendada de un nutriente para mantener una alimentación saludable. El VD del sodio es de menos de 2,300 miligramos (mg) al día. La información nutricional –indicada generalmente en la etiqueta– se basa en una porción del alimento. Por lo tanto, el porcentaje de valor diario (%VD) muestra cuánto contribuye a la dieta cotidiana un nutriente en una porción del alimento envasado. El mismo es útil para determinar si el contenido de sodio de cada porción es alto o bajo, teniendo en cuenta que un 5% o menos se considera bajo y un 20% o más, alto. También es necesario verificar el número de porciones que se comen o beben, para determinar la cantidad de sodio que se consume (Food and Drug Administration, 2021). Resulta relevante destacar que actualmente a nivel nacional se encuentra vigente la ley de etiquetado frontal, un sistema que proporciona advertencias a los consumidores acerca del contenido de nutrientes críticos en los productos alimenticios. Particularmente, el octógono de “exceso de sodio” ofrece a los hipertensos una manera rápida y efectiva de reconocer aquellos alimentos que contienen cantidades significativas de dicho mineral por porción.

Por otra parte, las formas de preparación de las comidas cobran importancia en las dietas hiposódicas para lograr el realce de los sabores propios de los alimentos, sin recurrir al agregado excesivo de sal de mesa. La cocción al vapor, a la plancha o en papillote (envolviendo el alimento en papel aluminio) permiten conservar mejor el gusto, mientras que la técnica de hervido lo diluye. Sin embargo, esta última es indicada cuando interesa reducir el contenido de sodio del alimento.



Otro punto fundamental es la utilización de potenciadores del sabor, tales como ácidos (vinagre, limón), especias (comino, pimienta, canela, nuez moscada, pimentón), hierbas aromáticas (albahaca, laurel, romero, orégano), aliáceos (cebolla, ajo, puerro). Asimismo, resulta provechoso el empleo de aceites con sabor, como lo es el aceite de oliva (De Luis Román et al., 2017). Tal como plantean Torresani y Somoza (2009), es recomendable reservar la sal para aquellos alimentos más insípidos, agregándola en las últimas preparaciones debido al fenómeno de persistencia de las sensaciones gustativas. Además, las preparaciones se deben adecuar en orden creciente de sabor y aroma.

Trabajo interdisciplinario

Al abordar el tratamiento de un paciente hipertenso, se presentan una serie de factores conductuales, sociales y psicológicos que vuelven complejo el manejo del mismo. La deficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo por parte de los pacientes y la ausencia de un enfoque multidisciplinario al momento del abordaje del problema, conspiran contra el éxito del tratamiento.

Puntualizando en el trabajo interdisciplinario, puede advertirse que representa un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes con HTA, dado que si se trabajaran integralmente los distintos factores mencionados que interactúan en esta patología, se podrían revertir los porcentajes desfavorables con respecto al control de la HTA en la actualidad (Rodríguez Cobian, 2018).

Resulta indispensable comprender que el carácter social del acto alimentario lo vuelve complejo y, por tanto, difícil de cambiar. Los profesionales de la salud deben partir del reconocimiento de los gustos y la cultura alimentaria de los sujetos al momento de proponer cambios en su alimentación, brindando herramientas prácticas para que logren implementarlos (Arboleda y Velásquez, 2015).

Es posible que partiendo de dichas cuestiones los profesionales de la salud puedan contribuir al logro de la disminución de esta epidemia y de las muertes cardiovasculares ocasionadas por la misma (Holguín et al., 2006). La prevención, el control y la educación acerca de los factores de riesgo de la HTA conforman la medida sanitaria más importante y menos costosa, que favorece el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos (Lorenzo Díaz y Vitón Castillo, 2020).



ANTECEDENTES

Sánchez et al. (2012) realizaron un estudio de tipo cualitativo-exploratorio, el cual tuvo como objetivo identificar los conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal y sodio alimentario de 71 habitantes de los países de Argentina, Costa Rica y Ecuador. Dentro de los resultados se destacó un desconocimiento sobre lo que representa el término “sodio” y el vínculo del mismo con la sal, como así también respecto al contenido del mismo en los distintos alimentos. Además, pudo advertirse que la mayoría de los entrevistados ignora el contenido de sodio presente en los productos alimenticios, a raíz de que expresaron no buscarlos en sus respectivas etiquetas.

Por su parte, en un estudio llevado a cabo por Heredia-Blonval et al. (2014), se exploraron las percepciones y los conocimientos acerca de la sal, el sodio y la salud de adultos que residen en la provincia de San José, Costa Rica. Para tal fin, los autores hicieron uso de un diseño de investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. De este modo, realizaron entrevistas a 400 personas –de entre 40 y 55 años– obteniendo como resultado que el 70% de los encuestados no poseían conocimientos sobre la diferencia entre la “sal” y el “sodio”. Incluso, utilizaban dichos términos como sinónimos. Sumado a esto, observaron un bajo interés en la revisión del etiquetado nutricional de los productos alimenticios.

Otra investigación que resulta pertinente destacar fue publicada por Banús et al. (2019), quienes propusieron un estudio de tipo observacional, transversal y analítico, que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y las barreras en un plan alimentario controlado en sodio. La muestra estuvo conformada por 156 pacientes de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se los indagó al respecto del reconocimiento de alimentos ricos en sodio, y resultó alarmante que gran cantidad de los encuestados no posea información sobre el alto contenido de dicho metal en los productos dulces.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Por otro lado, Pérez Rosabal et al. (2016) encuestaron a 45 personas cubanas con hipertensión, para determinar la adherencia terapéutica y las creencias sobre la salud de los pacientes en cuestión. Mediante esta investigación de tipo descriptiva, cuantitativa y transversal pusieron en evidencia que un alto porcentaje de los participantes no llevaban a cabo las pautas alimentarias recomendadas. A su vez, notaron un cumplimiento mayor del tratamiento farmacológico sobre las recomendaciones dietéticas.

Del mismo modo, Herrera-Fontana et al. (2020) llevaron a cabo un estudio en el cual se evaluó la frecuencia de consumo de alimentos ricos en sodio de 177 adultos ecuatorianos. Es evidente que, a pesar del lapso de tiempo transcurrido desde el estudio previamente mencionado, se continúan observando hábitos alimentarios poco saludables. Los alimentos que predominaron en la dieta de los participantes fueron: carnes procesadas, bebidas azucaradas, embutidos, alimentos enlatados y cubos de caldo.

Por último, Moreira Claro et al. (2012) efectuaron un trabajo de investigación descriptivo, que en términos temporales fue de tipo transversal. El mismo se desarrolló en los países de Argentina, Canadá, Chile, Costa Rica y Ecuador. Allí, los investigadores se propusieron describir las actitudes, los conocimientos, el comportamiento individual con respecto al consumo de sal y sus fuentes alimentarias. Asimismo, indagaron en las prácticas actuales de etiquetado de alimentos, centrandó la atención en el contenido de sal y sodio de los alimentos analizados. La muestra estuvo conformada por 1992 adultos mayores a 18 años, aproximadamente 400 de cada uno de las nacionalidades mencionadas. Se halló que solo el 26% de los participantes conocían la existencia de un valor máximo recomendado de ingesta de sodio. Además, solo el 7% de los mismos fueron capaces de identificar correctamente dicho valor.



OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica.

Objetivos específicos

1. Recolectar información sobre el conocimiento acerca del sodio que poseen los pacientes adultos hipertensos.
2. Indagar sobre las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de los pacientes adultos hipertensos.
3. Determinar si el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias que poseen los pacientes son adecuados.



DISEÑO METODOLÓGICO

Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en la presente Tesina, se llevó a cabo un estudio con enfoque metodológico de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal.

Cualitativo en cuanto permitió evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio. A su vez, fue cuantitativo ya que se hizo uso de la estadística mediante la medición numérica, y posteriormente se analizaron los datos de las variables investigadas.

Por otro lado, adoptó un enfoque de tipo descriptivo debido a que se investigaron las variables ya mencionadas, para la posterior especificación de los resultados obtenidos. También fue de tipo observacional, puesto que no buscó la intervención o manipulación de los factores a analizar, sino que se limitó a la mera observación de lo que ocurre con las variables en la realidad.

Por último, con respecto a la temporalidad, se trató de un estudio de corte transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento, sin un seguimiento a lo largo del tiempo.



Plan de trabajo

Las tareas contempladas en la presente Tesina fueron:

Objetivo específico 1: Recolectar información sobre el conocimiento acerca del sodio que poseen los pacientes adultos hipertensos.

Tarea 1.1: Se realizó y entregó la carta de intención a la coordinadora de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Santa Fe, con el fin de dar inicio al trabajo de investigación planteado (Anexo I).

Tarea 1.2: Se envió la carta de autorización al director del Centro de Cardiología Diagnóstica de la ciudad de Santa Fe y se coordinaron días y horarios de asistencia (Anexo II).

Tarea 1.3: Se seleccionó la muestra para la realización de la investigación, asegurando el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos.

Tarea 1.4: Se hizo entrega del consentimiento informado a cada persona seleccionada, donde se aclaró la voluntad y confidencialidad de la encuesta (Anexo III).

Tarea 1.5: Se concretó el cuestionario de manera presencial, escrita y anónima (Anexo IV).

Objetivo específico 2: Indagar sobre las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de los pacientes adultos hipertensos.

Tarea 2.1: Se concretó el cuestionario de manera presencial, escrita y anónima (Anexo IV).

Objetivo específico 3: Determinar si el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias que poseen los pacientes son adecuados.

Tarea 3.1: Se recopilaron los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas.

Tarea 3.2: Se determinó el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias según rango etario y sexo.

Tarea 3.3: Se analizaron los conocimientos y prácticas alimentarias, teniendo en cuenta las recomendaciones sobre alimentación hiposódica.

Tarea 3.4: Se identificaron las prácticas alimentarias que predominaron en los distintos niveles de conocimientos.

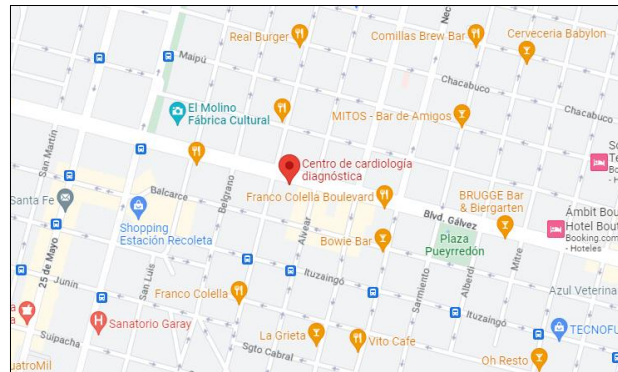


“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Materiales y métodos

Ámbito de aplicación:

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Cardiología Diagnóstica de la ciudad de Santa Fe, ubicado en Boulevard Gálvez 2063.



Universo, población, muestra y unidad muestral:

- Universo: todos los adultos hipertensos que residen en la ciudad de Santa Fe.
- Población: adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica.
- Muestra: 50 adultos hipertensos que asistieron al Centro de Cardiología Diagnóstica y cumplieron con los criterios de inclusión.
- Unidad muestral: cada adulto hipertenso que asistió al Centro de Cardiología Diagnóstica y cumplió con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asistieron al Centro de Cardiología Diagnóstica los días que se realizaron las encuestas, que desearon participar de la investigación de manera voluntaria y fueron capaces de comprender y responder los enunciados de la encuesta.

Criterios de exclusión:

Personas menores de 18 años, sin diagnóstico de hipertensión arterial, que no desearon participar de la investigación y/o eran incapaces de comprender y responder la encuesta.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Tipo de muestreo:

Se hizo uso de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, puesto que la muestra se seleccionó teniendo en cuenta el cumplimiento de determinados criterios establecidos en base a las necesidades de la investigación, por lo que no todos los pacientes han tenido la misma posibilidad de ser elegidos.

Variables:

▪ **Nivel de conocimiento.**

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Acción y efecto de conocer (Real Academia Española, s.f). Hace referencia al conocimiento de los adultos hipertensos acerca de la diferencia entre sal y sodio, y el contenido de sodio en los distintos alimentos.

Indicadores: Las preguntas 1 a 8 del cuestionario se incluyen dentro de la valoración del nivel de conocimiento. En cada pregunta, se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Correcto: cuando la respuesta coincide con lo expresado en el marco teórico (Ver Anexo V).
- Incorrecto: cuando la respuesta no coincide con lo expresado en el marco teórico.

Escala de medición:

- Suficiente: al menos el 80% de las preguntas referidas al conocimiento fueron correctas.
- Intermedio: entre el 50 al 80% de las preguntas referidas al conocimiento fueron correctas.
- Escaso: menos del 50% de las preguntas referidas al conocimiento fueron correctas.

▪ **Prácticas alimentarias.**

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (Black y Creed-Kanashiro, 2012).

Hace referencia al cumplimiento de prácticas alimentarias sugeridas para llevar a cabo una alimentación controlada en sodio.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Indicadores: Las preguntas 9 a 20 del cuestionario se incluyen dentro de la valoración de las prácticas alimentarias. En cada pregunta, se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Correcta: cuando la práctica alimentaria coincide con las recomendaciones para llevar una alimentación controlada en sodio (Ver Anexo V).
- Incorrecto: cuando la práctica alimentaria no coincide con las recomendaciones para llevar una alimentación controlada en sodio.

Escala de medición de prácticas alimentarias:

- Adecuadas: al menos el 80% de las prácticas alimentarias fueron correctas.
- Poco adecuadas: entre el 50 al 80% de las prácticas alimentarias fueron correctas.
- Inadecuadas: menos del 50% de las prácticas alimentarias fueron correctas.

▪ **Edad.**

Tipo de variable: Cuantitativa de intervalo.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española, s.f.)

Escala de medición: Los rangos etarios evaluados han sido los siguientes:

- Entre 18 y 29 años.
- Entre 30 y 60 años.
- Mayor a 60 años.

▪ **Sexo.**

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina (Real Academia Española, s.f.).

Escala de medición:

- Femenino.
- Masculino.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La recolección de los datos se efectuó mediante una fuente primaria, tomando como instrumento una encuesta anónima y escrita. Con el objetivo de enfatizar en las temáticas abordadas en la presente investigación, se combinaron preguntas de dos cuestionarios: uno realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2013) y otro por Deossa-Restrepo et al. (2017).

Por este motivo, se ha ejecutado una prueba piloto previa al trabajo de campo, donde se seleccionaron al azar 10 adultos hipertensos que asistieron al Centro de Cardiología Diagnóstica, a fin de validar el instrumento a utilizar y asegurar su comprensión.

Método de análisis:

Los datos obtenidos en las encuestas se volcaron en el Software Microsoft Excel para su posterior análisis mediante la confección de gráficos correspondientes.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesina ha sido realizada por la estudiante de Licenciatura en Nutrición, Bonino Candela, bajo el consentimiento de la Universidad de Concepción del Uruguay, Facultad de Ciencias Médicas. Dicha investigación estuvo enmarcada bajo los aspectos éticos de autonomía, beneficencia y privacidad establecidos por la Asociación Médica Mundial (2013), promulgados en la Declaración de Helsinki.

Se respetaron las decisiones de los participantes y su voluntad de participar en las encuestas, que se realizaron con el previo consentimiento informado, donde se solicitó la autorización del participante, como así también se informó el motivo y modalidad de la investigación. De igual manera, se les otorgó la posibilidad de retirarse en cualquier momento si así lo deseaban.

Cabe destacar que en todo momento se llevó a cabo un trato digno y respetuoso, y se tomaron las precauciones necesarias para asegurar el anonimato de los participantes, teniendo en cuenta su dignidad, integridad, intimidad y la confidencialidad de la información personal obtenida.



RESULTADOS

En el proceso de prueba piloto llevado a cabo previamente a la ejecución del trabajo de campo, se constató una satisfactoria comprensión de las preguntas presentes en la encuesta. Es por esto que no se identificó la necesidad de realizar modificaciones a la versión inicialmente propuesta.

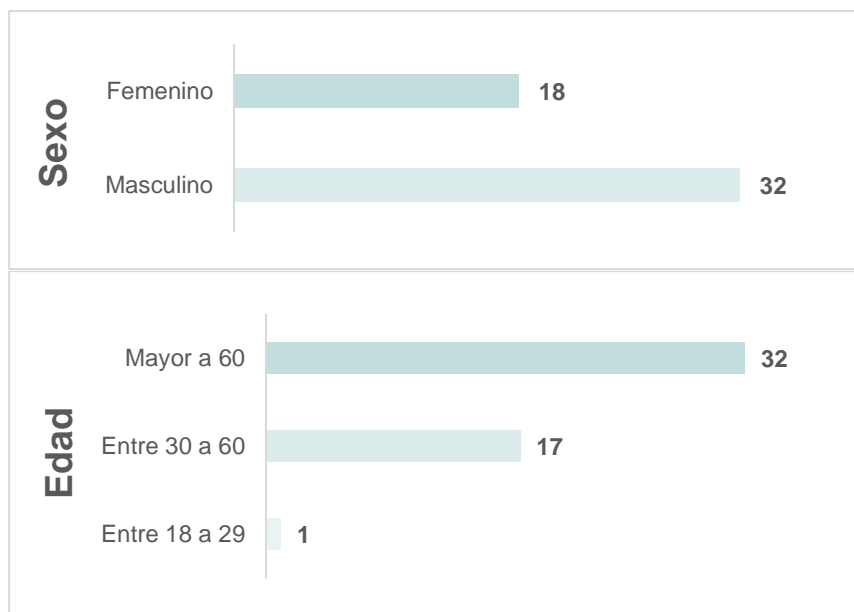
Una vez concluida la recopilación de los datos, se procedió a la transferencia de los mismos a la plataforma Microsoft Office Excel, donde se generaron representaciones gráficas. Posteriormente, se llevó a cabo un minucioso análisis e interpretación de la información, cuyos resultados se exponen en las líneas subsiguientes.

Cabe destacar que los gráficos adoptan una estructura cromática, en la cual el color celeste denota las respuestas correctas correspondientes a cada pregunta. En contraste, el color naranja y las tonalidades de la misma gama, pero de menor intensidad, indican las respuestas incorrectas en función de su magnitud. A continuación, se exponen los resultados obtenidos:

I) Caracterización de la población.

Para abordar los objetivos de la investigación se realizaron encuestas de manera presencial y asistida a 50 pacientes adultos hipertensos que asistieron al Centro de Cardiología Diagnóstica de la Ciudad de Santa Fe durante los meses de julio y agosto del año 2023.

GRÁFICO 1: Distribución de la muestra según sexo y rango etario.



Fuente: Elaboración propia.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

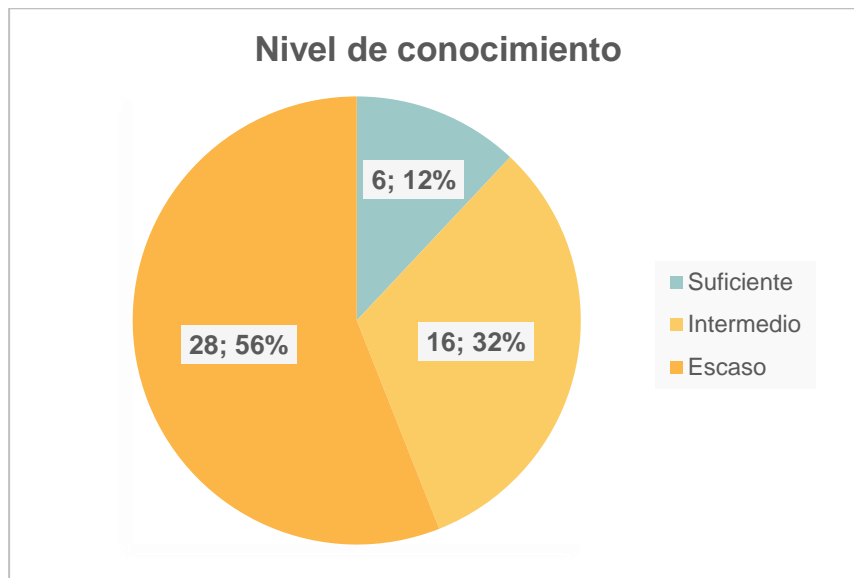
Del total de los encuestados, el 64% (32) correspondió al sexo masculino, mientras que el 36% (18) estuvo representado por el sexo femenino.

En cuanto a los rangos etarios, se destacó la población mayor a 60 años con el 64% (32). En segundo lugar, el 34% (17) refirió tener entre 30 a 60 años, mientras que solo el 2% (1) restante tenían entre 18 a 29 años.

II) Evaluación de los conocimientos respecto al sodio.

Nivel de conocimiento respecto al sodio

GRÁFICO 2: Nivel de conocimiento respecto al sodio que presentan los adultos hipertensos.



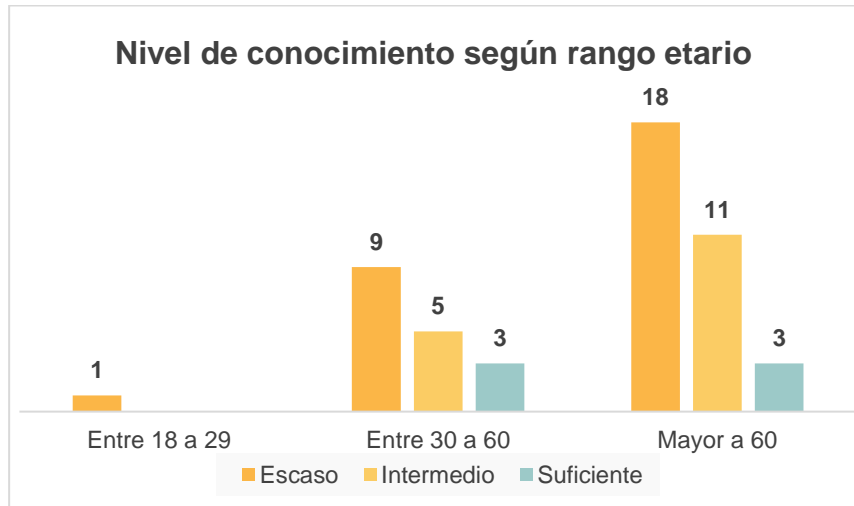
Fuente: Elaboración propia.

Se constató que de la totalidad (50) de los adultos hipertensos que participaron de la encuesta efectuada en el Centro de Cardiología Diagnóstica, el 56% (28) exhibió un nivel de conocimiento escaso, mientras que el 32% (16) un nivel intermedio. Por último, solo un 12% (6) demostró contar con un nivel suficiente.



Nivel de conocimiento según rango etario y sexo

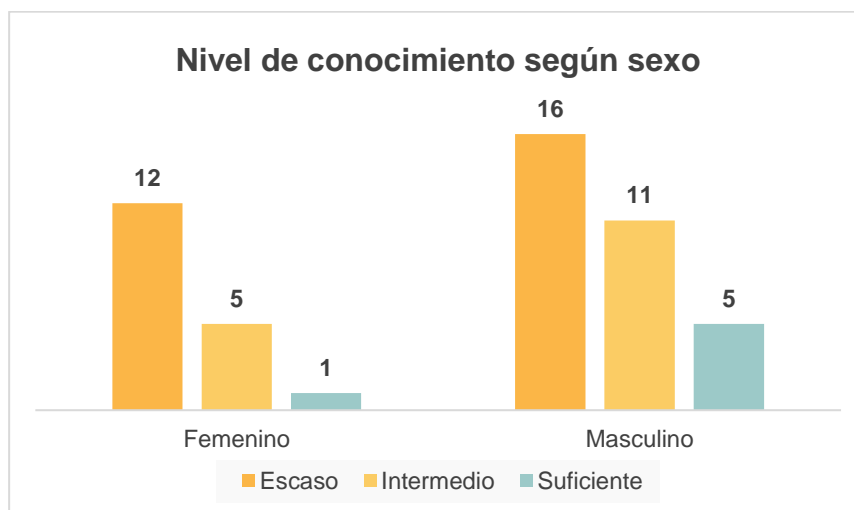
GRÁFICO 3: Representación gráfica mediante barras del nivel de conocimiento según rango etario.



Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 3 se puede apreciar que el nivel de conocimiento **escaso** ha sido predominante en todos los rangos etarios, seguido por el nivel **intermedio**. En contraste, el nivel **suficiente** fue identificado en una proporción significativamente menor.

GRÁFICO 4: Representación gráfica mediante barras del nivel de conocimiento según sexo.



Fuente: Elaboración propia.



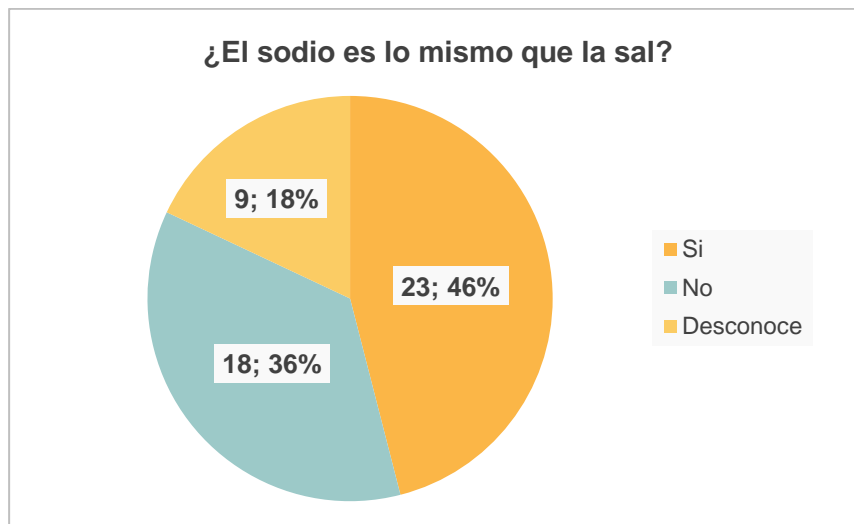
“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

No se constataron diferencias significativas en los niveles de conocimiento entre los sexos. En ambos casos, se identificó una predominancia del nivel **escaso**, seguido por el **intermedio** y, en menor medida, por el **suficiente**.

Análisis de las preguntas referentes a los conocimientos

Los gráficos que se exponen a continuación contienen información obtenida por medio de las preguntas relativas a los conocimientos sobre el sodio. Es pertinente mencionar que para considerar a las respuestas como correctas o incorrectas, se tuvo como sustento la evidencia expuesta en el marco teórico.

GRÁFICO 5: Diferencia entre sal y sodio.

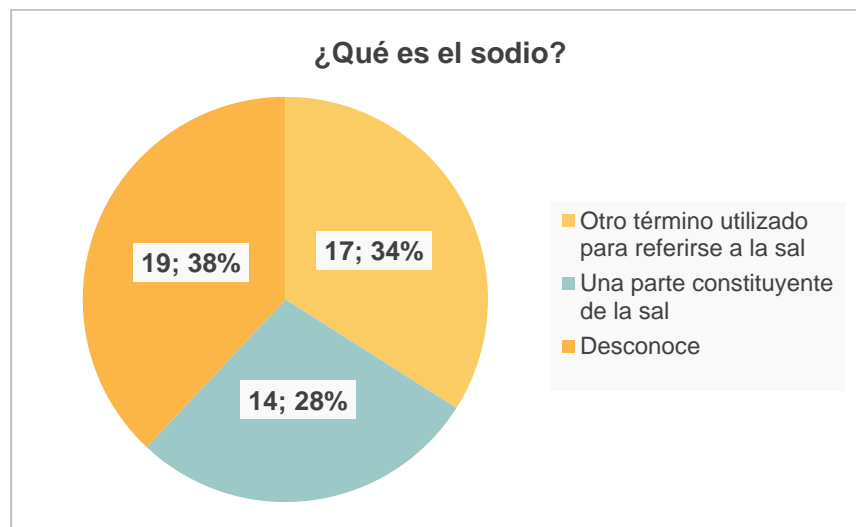


Fuente: Elaboración propia.

Tal como detalla el Gráfico 5, el 46% (23) de los encuestados indicaron que el sodio es lo mismo que la sal, mientras que un 18% (9) señaló desconocer la respuesta. En contraposición, el 36% (18) respondió de manera acertada, refiriendo que ambos términos no son sinónimos.



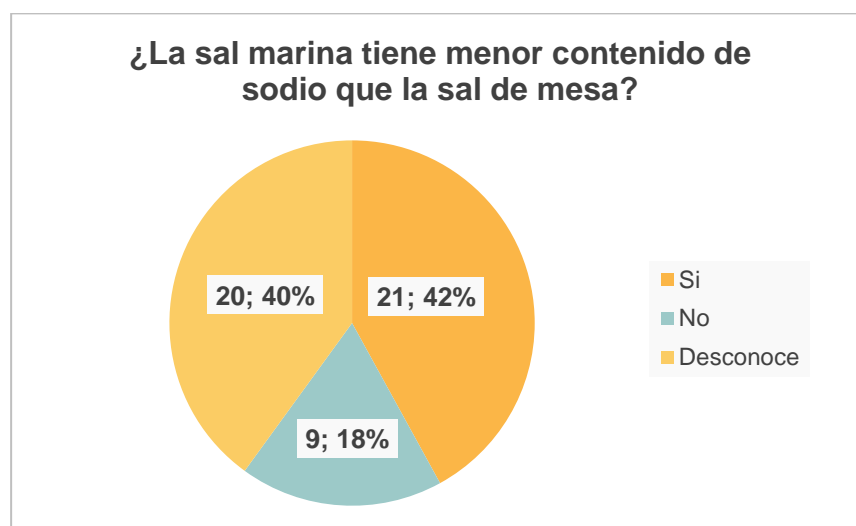
GRÁFICO 6: Definición de sodio.



Fuente: Elaboración propia.

A través del análisis del Gráfico 6, se pudo advertir que únicamente el 28% (14) de la muestra evaluada demostró tener conocimiento acerca de la definición del término “sodio”, identificándolo como una parte constituyente de la sal. Por su parte, el 34% (17) mencionó que es otro término utilizado para referirse a la sal, mientras que el 38% (19) admitió desconocer la respuesta.

GRÁFICO 7: Contenido de sodio de la sal marina.



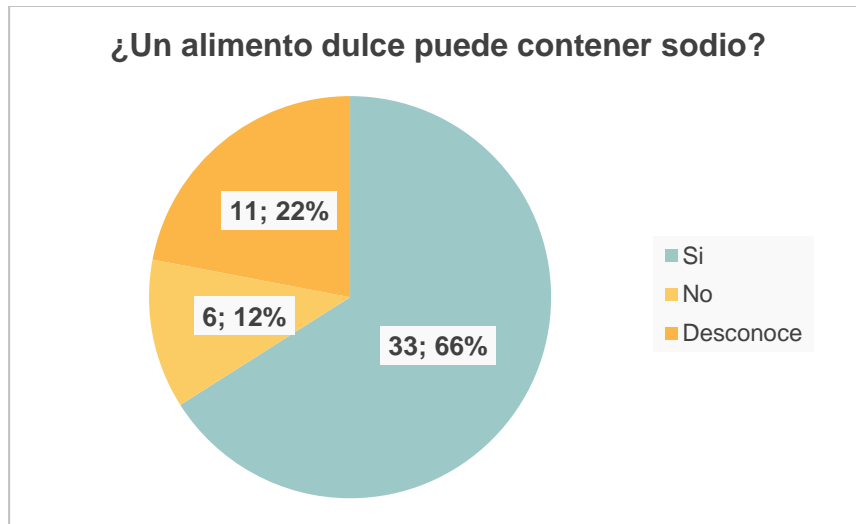
Fuente: Elaboración propia.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

La mayoría de los encuestados (42%;21) manifestó que la sal marina posee un contenido de sodio inferior que la sal de mesa, mientras que únicamente el 18% (9) respondió adecuadamente. Además, se observó que el 40% (20) de la muestra desconocían la temática abordada.

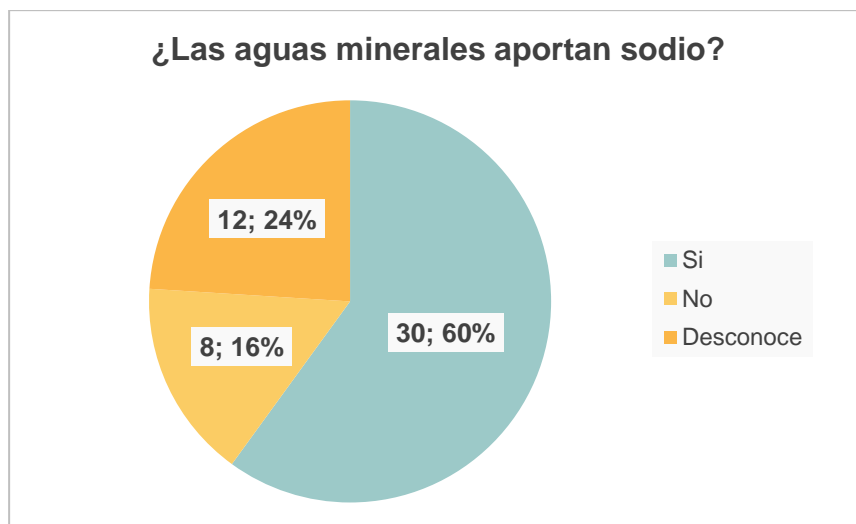
GRÁFICO 8: Posibilidad de encontrar sodio en alimentos dulces.



Fuente: Elaboración propia.

Tal como refirió el 66% (33) de los encuestados, los alimentos dulces pueden contener sodio. No obstante, el 22% (11) admitió no estar al tanto de la respuesta, mientras que el 12% (6) negó la posibilidad de encontrar sodio en dichos alimentos.

GRÁFICO 9: Aporte de sodio de aguas minerales.



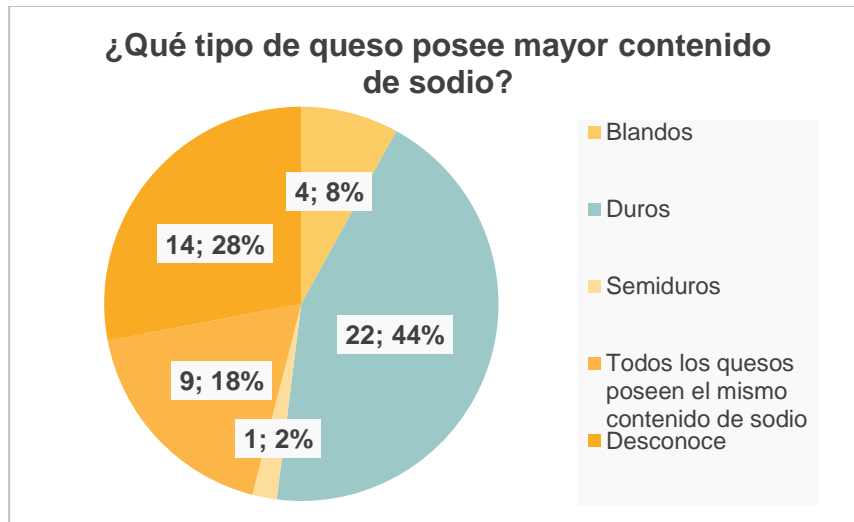
Fuente: Elaboración propia.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Al indagar acerca de las aguas minerales, se pudo constatar que la mayoría de la muestra encuestada (60%;30) respondió de forma acertada, afirmando que las mismas contienen sodio. Sin embargo, el 16% (8) proporcionó una respuesta errónea y el 24% (12) manifestó desconocimiento sobre el tema.

GRÁFICO 10: Tipo de queso con mayor contenido de sodio.

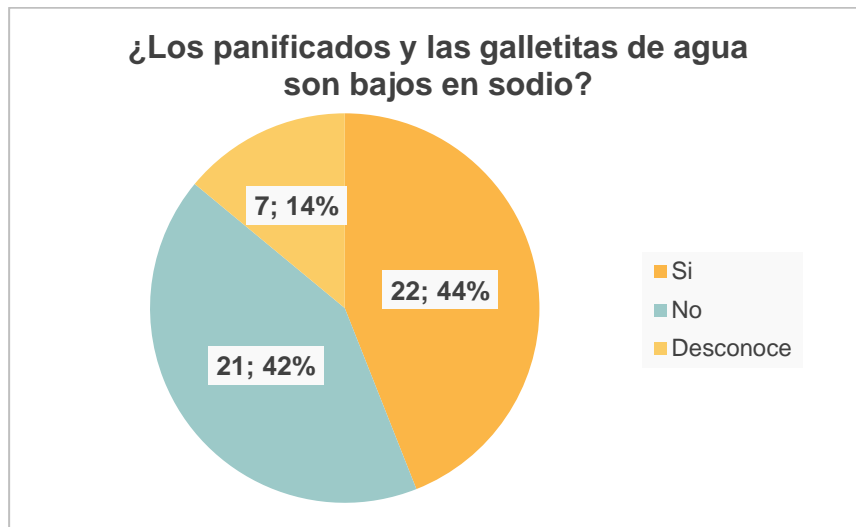


Fuente: Elaboración propia.

En relación al interrogante acerca del tipo de queso que presenta un mayor contenido de sodio, se observó que únicamente el 44% (22) ha respondido acertadamente, señalando a los quesos duros como aquellos que cuentan con índices más elevados de dicho mineral. En contraposición, un 28% (14) expresó desconocer la respuesta, mientras que un 18% (9) sostuvo que todos los quesos tienen el mismo nivel de sodio. En menor proporción, un 8% (4) de los encuestados identificó erróneamente a los quesos blandos y un 1% (2) a los semiduros.



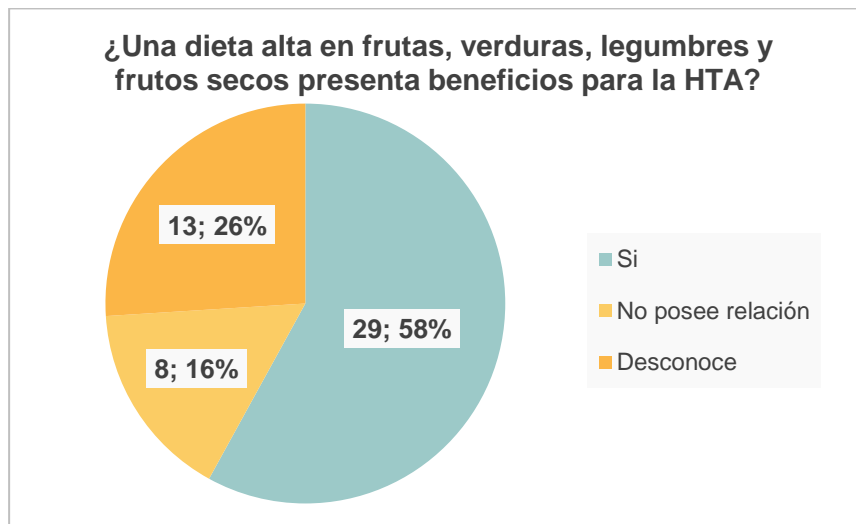
GRÁFICO 11: Contenido de sodio en panificados y galletitas de agua.



Fuente: Elaboración propia.

Se comprobó que el 44% (22) de los encuestados consideraron erróneamente que los panificados y las galletitas de agua son bajos en sodio. Se observó además que el 14% (7) expresó desconocimiento sobre la temática. En este sentido, solo un 42% (21) respondieron de forma correcta.

GRÁFICO 12: Influencia del potasio en la presión arterial.



Fuente: Elaboración propia.

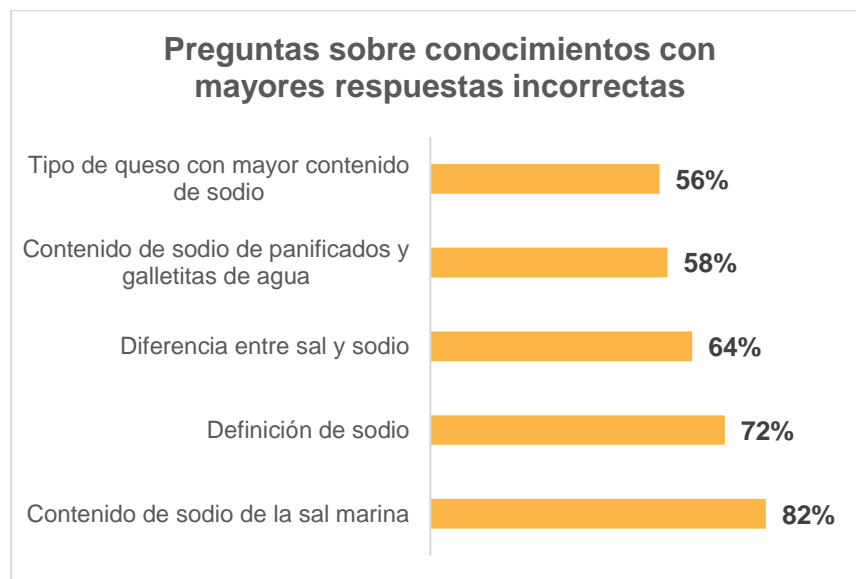


“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

El 58% (29) de los hipertensos muestra conciencia sobre los beneficios asociados al consumo de alimentos fuente de potasio para el manejo de la hipertensión arterial. Contrariamente, el 26% (13) ha manifestado desconocimiento en esta temática, mientras que un 16% (8) enfatizó en la inexistencia de relación entre ambas cuestiones.

Preguntas sobre conocimiento con mayores respuestas incorrectas

GRÁFICO 13: Análisis en orden creciente de las preguntas con mayores respuestas incorrectas.



Fuente: Elaboración propia.

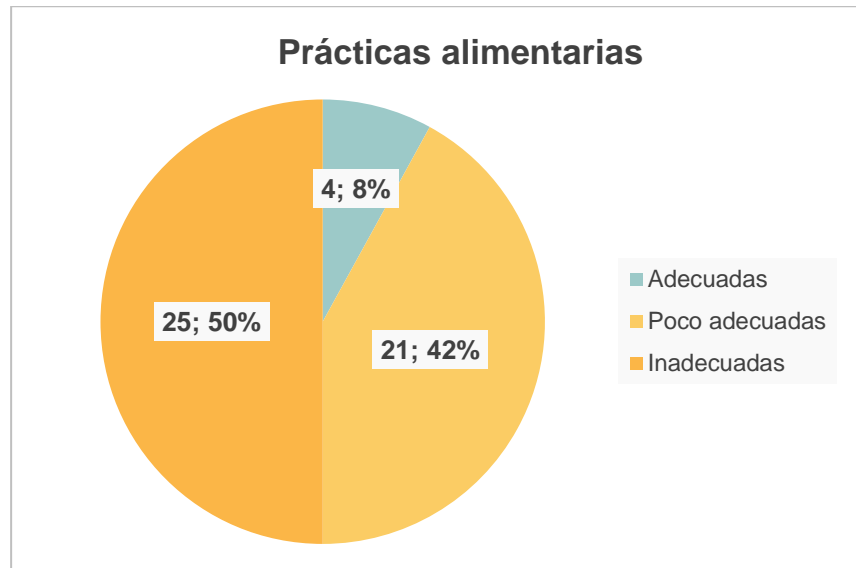
Con el propósito de evaluar los datos recopilados, se procedió a organizar de manera ascendente los interrogantes de la encuesta en los cuales al menos el 50% (25) de la muestra proporcionó respuestas incorrectas. De este modo, fue posible advertir que fueron 5 (63%) las preguntas con mayores inconvenientes. La mayor cantidad de respuestas incorrectas se obtuvieron al indagar sobre la definición de sodio (72%) y el contenido de dicho mineral en la sal marina (82%).



III) Evaluación de las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio.

Prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio

GRÁFICO 14: Prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio por parte de los adultos hipertensos.



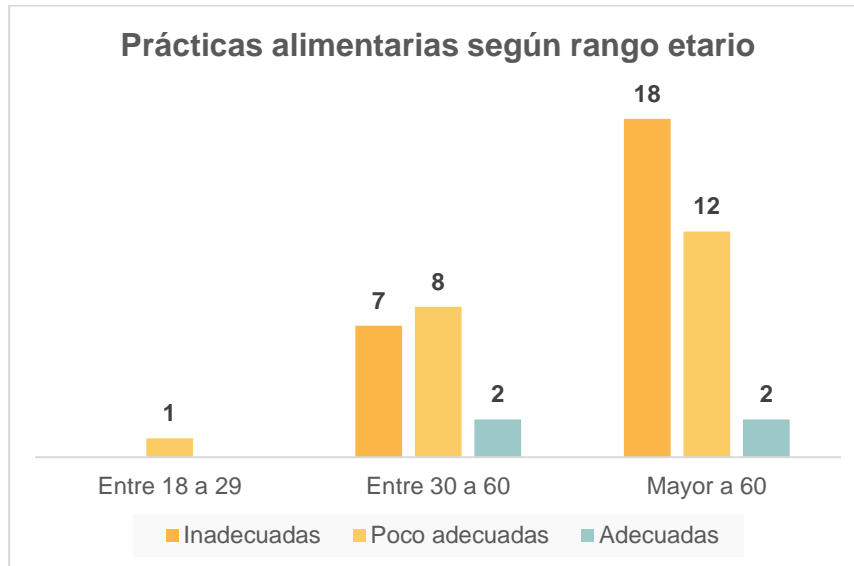
Fuente: Elaboración propia.

La información obtenida releva que el 50% (25) de los encuestados efectúa prácticas alimentarias inadecuadas en relación al consumo de sodio, seguido del 42% (21) que presentó hábitos poco adecuados. En contraste, solo el 8% (4) exhibió que contempla las recomendaciones profesionales al respecto de una alimentación hiposódica.



Prácticas alimentarias según rango etario y sexo

GRÁFICO 15: Representación gráfica mediante barras de las prácticas alimentarias según rango etario.

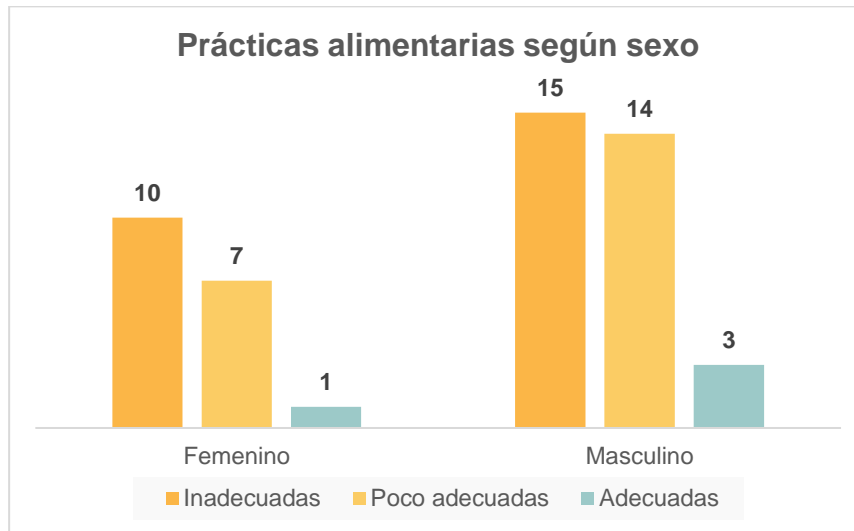


Fuente: Elaboración propia.

Tal como puede observarse, se pudo constatar que en el grupo de encuestados mayores de 60 años -que representa la parte más significativa de la muestra (32)- prevalecen las prácticas alimentarias inadecuadas, seguidas de aquellas que se consideran poco adecuadas. Por otro lado, dentro del grupo compuesto por personas de entre 30 y 60 años, se evidencia una predominancia de prácticas poco adecuadas, seguidas por las inadecuadas. Por otro lado, las prácticas adecuadas se manifestaron en menor medida en ambos grupos. Por último, se observaron prácticas poco adecuadas en quienes tienen entre 18 y 29 años.



GRÁFICO 16: Representación gráfica mediante barras de las prácticas alimentarias según sexo.



Fuente: Elaboración propia.

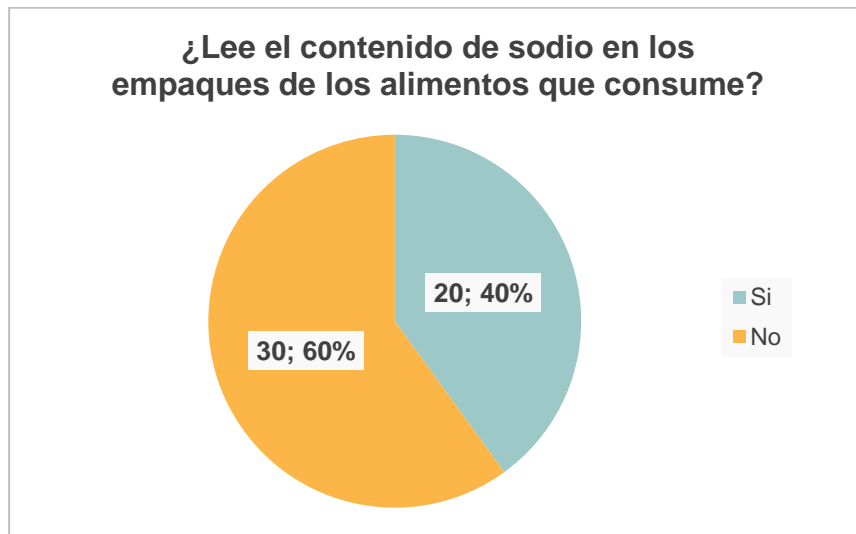
No se identificaron diferencias notables entre ambos sexos, puesto que tanto en hombres como en mujeres prevalecieron las prácticas alimentarias inadecuadas. A estas últimas le siguen las poco adecuadas, mientras que las adecuadas fueron observadas en proporciones muy reducidas.

Análisis de las preguntas referentes a las prácticas alimentarias

A continuación, se presentan los gráficos que reflejan los datos obtenidos luego de indagar sobre las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio. Es importante resaltar que, para considerar las respuestas como adecuadas, se tomaron como base las recomendaciones destinadas a llevar a cabo una alimentación hiposódica.



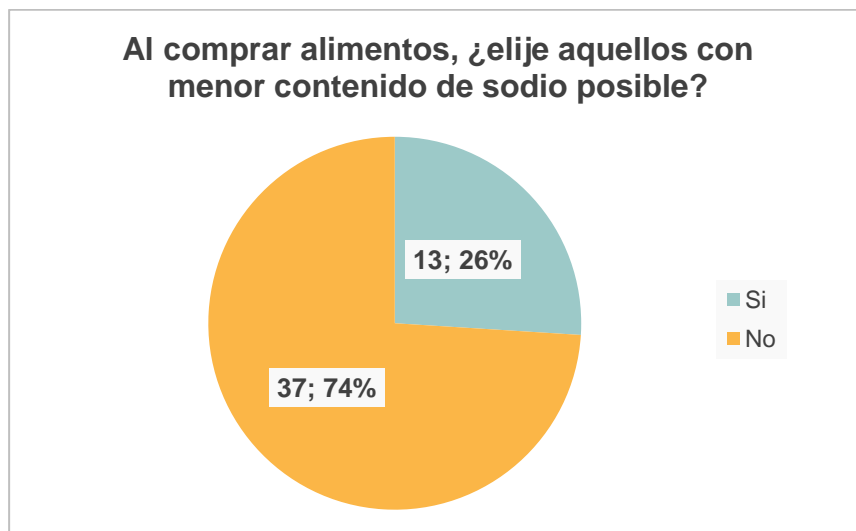
GRÁFICO 17: Lectura del rótulo nutricional.



Fuente: Elaboración propia.

De la totalidad de la muestra (50;100%), solo el 40% (20) refirió leer la información sobre el contenido de sodio en los envases de los productos alimenticios. En contraposición, el 60% (30) expresó no llevar a cabo dicha práctica.

GRÁFICO 18: Elección de alimentos con menor contenido de sodio posible.

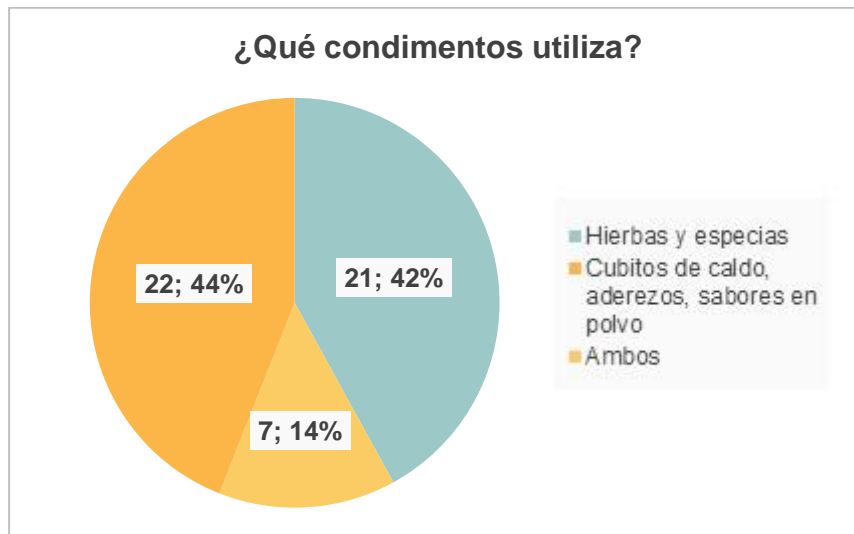


Fuente: Elaboración propia.

El Gráfico 18 revela una situación alarmante: solo el 26% (13) de los hipertensos encuestados se ocupa de elegir alimentos con el menor contenido de sodio posible, mientras que un 74% (37) no efectúa dicha acción.



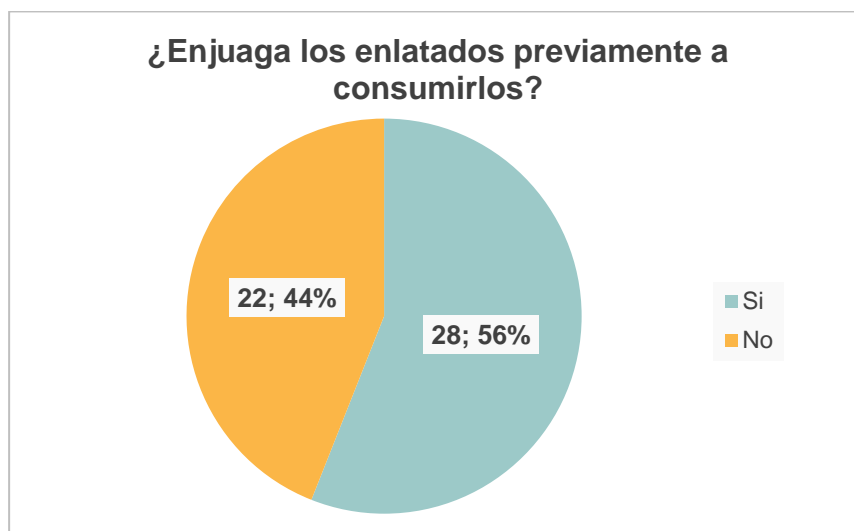
GRÁFICO 19: Condimentos utilizados.



Fuente: Elaboración propia.

Al indagar sobre los condimentos utilizados por los encuestados, se constató que el 44% (22) utiliza opciones con alto contenido de sodio, tales como cubitos de caldo, sabores en polvo y aderezos. Por otro lado, un 42% (21) refirió el uso de hierbas y especias, mientras que el 14% (7) opta por el empleo de todas las opciones mencionadas.

GRÁFICO 20: Enjuague de enlatados previo al consumo.

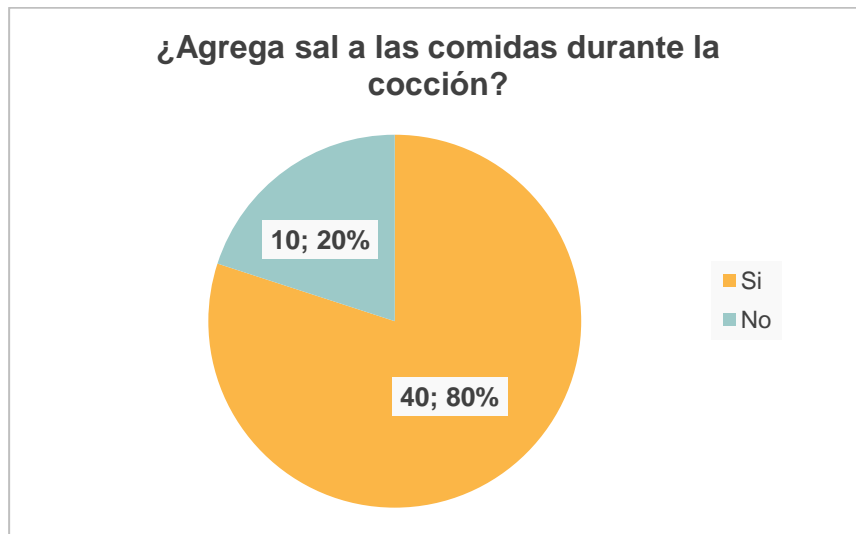


Fuente: Elaboración propia.

La acción de enjuagar los alimentos enlatados antes de consumirlos es puesta en práctica por el 56% (28) de los encuestados. Sin embargo, un 44% (22) mencionó no tener incorporada dicha dinámica en su rutina.



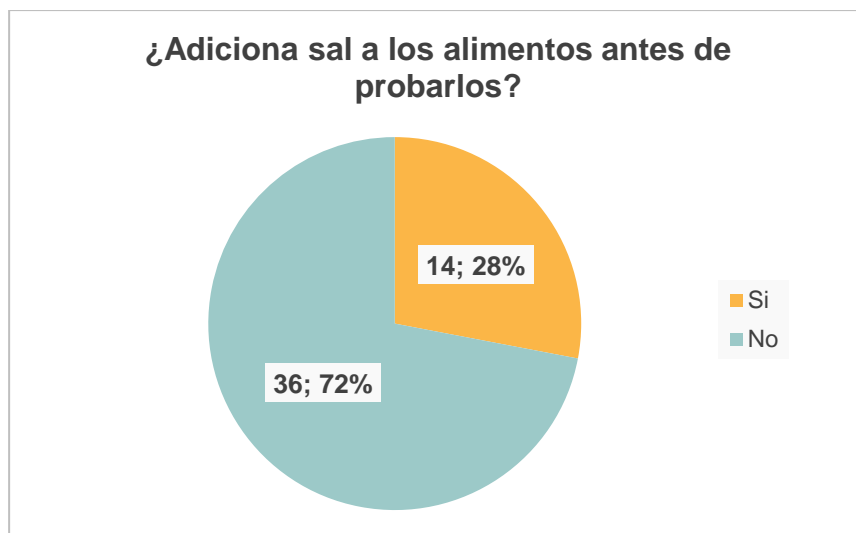
GRÁFICO 21: Agregado de sal durante la cocción.



Fuente: Elaboración propia.

La encuesta arroja otra evidencia alarmante: quienes adicionan sal a las comidas durante la cocción representan el 80% (40) de los hipertensos. De esta manera, solo el 20% (10) adhieren a la recomendación de cocinar sin el agregado de sal.

GRÁFICO 22: Adición de sal a los alimentos antes de probarlos.

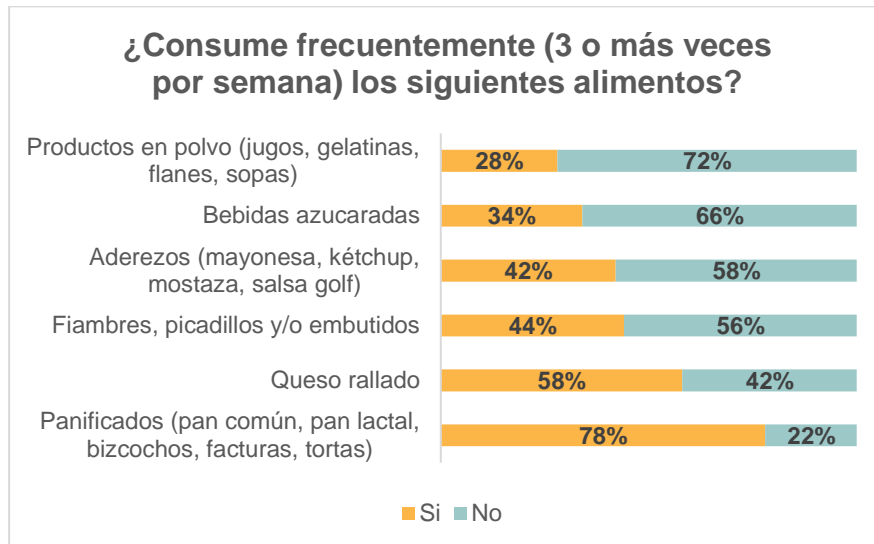


Fuente: Elaboración propia.

Se constató que el 72% (36) de los pacientes hipertensos cumple con la recomendación de no adicionar sal a los alimentos antes de probarlos. No obstante, el 28% (14) opta por llevar a cabo dicha práctica.



GRÁFICO 23: Alimentos ricos en sodio consumidos frecuentemente por los encuestados.



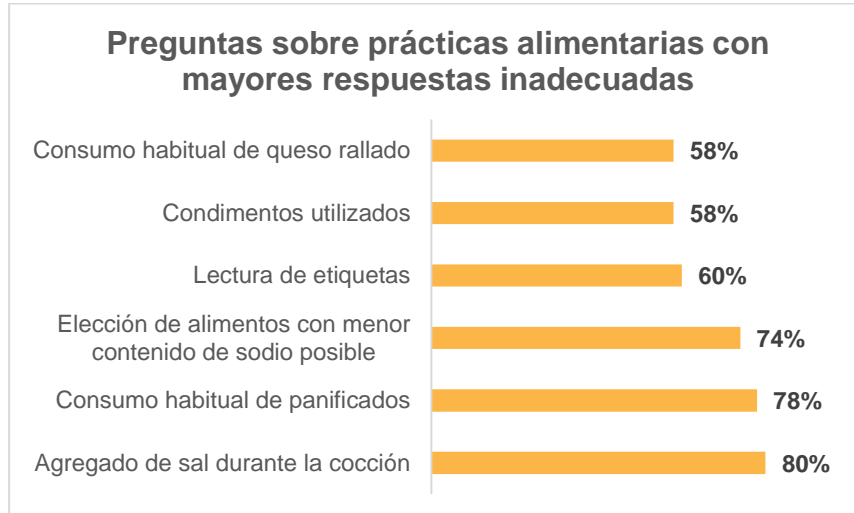
Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el consumo de alimentos con alto contenido de sodio, se pudo advertir que aquellos consumidos con mayor frecuencia por al menos el 50% (25) de los encuestados fueron los panificados (78%) y el queso rallado (58%). Por otro lado, los fiambres, picadillos y/o embutidos (44%), aderezos (42%), bebidas azucaradas (64%) y productos en polvo (28%) no fueron reconocidos como alimentos de consumo frecuente por al menos el 50% (25) de los individuos.



Prácticas alimentarias incorrectas vistas con mayor frecuencia

GRÁFICO 24: Análisis en orden creciente de las prácticas alimentarias inadecuadas vistas con mayor frecuencia.



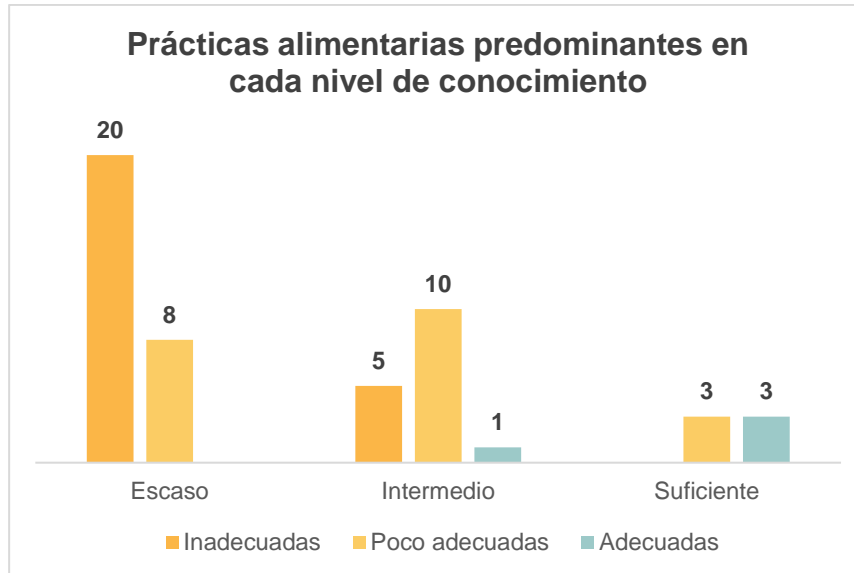
Fuente: Elaboración propia.

Con el propósito de realizar este análisis, se organizaron de manera ascendente aquellas preguntas referidas a prácticas alimentarias en las que -al menos el 50% (25) de la muestra- respondió inadecuadamente. De este modo, se logró advertir que fueron 6 (50%) las prácticas con mayor porcentaje de respuestas incorrectas, siendo el agregado de sal durante la cocción (80%), el consumo habitual de panificados (78%) y la no elección de alimentos con menor contenido de sodio posible (74%) las cuestiones que más se destacaron.



IV) Evaluación de prácticas alimentarias predominantes en los distintos niveles de conocimiento.

GRÁFICO 25: Representación gráfica de las prácticas alimentarias correspondientes a cada nivel de conocimiento.



Fuente: Elaboración propia.

Partiendo de estos datos se pudo constatar que en el nivel de conocimiento **escaso** predominaron las prácticas alimentarias inadecuadas. Por otro lado, en el nivel **intermedio** prevalecieron hábitos poco adecuados. Finalmente, en el nivel **suficiente** se observó correspondencia entre la cantidad de prácticas poco adecuadas y adecuadas.



DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos recopilados durante el trabajo de campo de la presente investigación, se procedió a efectuar una comparación con otros estudios semejantes.

Tal como se mencionó con anterioridad, el propósito general de este trabajo fue evaluar los conocimientos y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos. Principalmente, se buscó determinar si la muestra poseía conocimientos acerca de la diferencia entre sal y sodio, y el contenido de dicho mineral en los distintos alimentos. Asimismo, se evaluó el cumplimiento de prácticas alimentarias sugeridas para llevar a cabo una alimentación hiposódica.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que el nivel de conocimiento exhibido por la muestra es predominantemente escaso en un 56% (28). Resulta relevante destacar que una notable proporción de los encuestados (64%;32) desconoció la diferencia entre la sal y el sodio, lo que concuerda con el trabajo llevado a cabo por Heredia-Blonval et al. (2014), dado que un porcentaje similar (70%) reveló falta de conocimiento acerca de la relación entre ambos términos.

En consonancia con estas observaciones, un estudio realizado por Sánchez et al. (2012) concluyó que existe una conciencia general sobre el término “sal”. Sin embargo, en lo referente al “sodio” observaron que los encuestados contaban con escasa información. Considerando este panorama, los autores sugieren que reemplazar la palabra “sodio” por “sal” podría facilitar la selección de alimentos.

Por otra parte, la falta de conocimiento respecto al contenido de sodio presente en la sal marina evidente en esta investigación (82%) se asemeja a los hallazgos de un estudio llevado a cabo por Arroyo (2016). En este último se constató que, a pesar de que los encuestados sabían que la sal marina se extrae de la evaporación del agua de mar, la mayoría la consideró más saludable y con menor contenido de sodio que la sal de mesa. Por su parte, la investigación realizada por Peña et al. (2015) reveló que los participantes mostraron confusión debido a la amplia variedad de sales disponibles en el mercado, y tendieron a identificar a la sal marina como un elemento natural más saludable.

En el estudio que desempeñaron Banús et al. (2019) se observó que los alimentos con sabor dulce fueron los menos reconocidos por su alto contenido de sodio, a diferencia de los alimentos salados que fueron reconocidos con mayor facilidad. En



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

contraste, los resultados de la presente investigación revelaron que el 66% (33) de los participantes afirmó la posibilidad de encontrar sodio en los alimentos dulces.

Cabe destacar que entre los interrogantes con mayores aciertos se incluye aquel relacionado con el aporte de sodio de las aguas minerales: un 60% (30) de los encuestados logró reconocerlo. De forma similar al estudio de Peña et al. (2015), donde se observó que los participantes advirtieron el contenido sódico en dicho producto. Este saber se asoció a la experiencia de familiares que habían recibido recomendaciones médicas al respecto.

Resultó alarmante la información recopilada respecto a las prácticas alimentarias adoptadas por los individuos encuestados, donde los resultados arrojaron que un 50% presenta prácticas inadecuadas, un 42% poco adecuadas y solo un 8% sigue pautas adecuadas. Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en el estudio de Pérez Rosabal et al. (2016), en el cual se constató que un gran número de pacientes hipertensos no cumplían las sugerencias nutricionales.

La mayoría (60%;30) de los individuos hipertensos analizados refirieron no leer la información sobre el contenido de sodio en las etiquetas de los productos alimenticios que consumen. Hallazgos similares fueron observados en el estudio realizado por Sánchez et al. (2012), en el cual se identificó que los participantes solamente revisaban la fecha de vencimiento y el valor calórico o la etiqueta “light”, pero en lo referente a la cantidad de sodio no mostraron interés alguno.

Asimismo, Peña et al. (2015) llegaron a la conclusión de que aquellos individuos que leían la información nutricional en las etiquetas lo hacían principalmente por curiosidad frente a un artículo nuevo de composición desconocida, pero no para tomar una decisión en la compra, ya que preferían aquellos alimentos consumidos de manera habitual. Así también, Arboleda et al. (2020) identificaron que un 77,1% de su muestra no seleccionaba los alimentos con menor contenido de sodio posible, lo cual coincide con el presente estudio ya que el 74% (34) tampoco tiene incorporada dicha práctica.

Ahora bien, se pudo observar que el 80% (40) de los encuestados agrega sal a los alimentos durante el proceso de cocción, coincidiendo con las observaciones realizadas por Celi Galarza y Mosquera Méndez (2018), quienes identificaron un accionar similar en el 75,7% de su muestra. Además, Peña et al. (2015) lograron observar que los participantes añadían sal a las comidas principalmente mientras cocinaban, aunque también se mencionó la adición de sal en la mesa, incluso antes de probar los alimentos.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Este último aspecto difiere de los hallazgos de la presente investigación, donde el 72% (36) de los encuestados indicó no añadir sal antes de probar la comida.

Siguiendo con el estudio de Herrera-Fontana et al. (2020), los autores mostraron que, entre los alimentos altos en sodio consumidos con mayor frecuencia por la muestra, se encontraron los caldos concentrados y los cubos saborizadores. En concordancia, la presente investigación constató que más de la mitad de los hipertensos (58%;29) refirieron utilizar dichos condimentos.

Finalmente, se considera necesario destacar que una de las limitaciones identificadas en el presente estudio fue la carencia de información actualizada sobre la temática abordada. Esto se debe a que las investigaciones son limitadas y, en su mayoría, tienen una antigüedad considerable. A pesar de dicha limitación, este estudio brinda conocimientos que facilitarán el diseño de campañas de sensibilización e intervenciones educativas tendientes a reducir el consumo de sodio alimentario en los pacientes hipertensos.



CONCLUSIÓN

Luego del análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo y de la respectiva comparación con otras investigaciones, se arribó a una serie de conclusiones que se enuncian a continuación.

En primer lugar, en lo que respecta al sexo y al rango etario de las personas hipertensas que conformaron la muestra, se observó una prevalencia del sexo masculino y del grupo etario correspondiente a mayores de 60 años. No es azaroso que esta observación concuerde con los factores de riesgo asociados al desarrollo de la HTA, en los cuales se expone que el género masculino y la edad avanzada presentan una mayor predisposición a contraer dicha afección.

En base a los resultados que refieren al nivel de conocimiento respecto al sodio, se pudo advertir que un muy escaso porcentaje de los encuestados obtuvo un nivel suficiente (12%). Esto pone en evidencia que la mayoría de los pacientes adultos hipertensos presentan un nivel de conocimiento escaso o intermedio respecto al sodio.

En lo referido a las prácticas de alimentación hiposódica, resultó alarmante observar que solo el 8% de los pacientes hipertensos encuestados demostró efectuar pautas recomendadas por profesionales de la salud. En este sentido, se pudo constatar que la mayor parte de los participantes efectúan prácticas de alimentación inadecuadas o poco adecuadas.

Partiendo de lo antes mencionado, se puede deducir que una parte considerable de los encuestados presenta un conocimiento limitado en lo concerniente al sodio, y a pesar de que la HTA es una condición con la cual las personas encuestadas se relacionan a diario, no parecen tomar medidas concretas para reducir su consumo de sodio.

Si bien resulta alarmante el exponencial número de encuestados que revelaron no leer las etiquetas (60%), también lo es la falta de conocimientos nutricionales básicos, como la diferencia entre sal y sodio. Este desconocimiento podría conducir a una incorrecta interpretación de las etiquetas, lo cual se vuelve especialmente crítico en un mercado que actualmente ofrece una amplia gama de productos rotulados como “sin sal añadida”, sin que esto necesariamente signifique que carezcan de sodio. Por tal motivo, se vuelve esencial instruir a los hipertensos para que presten atención al significado de los distintos términos que pueden aparecer en las etiquetas nutricionales de los envases de los alimentos.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Al mismo tiempo, a pesar de que la reducción del consumo de sal de mesa es una recomendación ampliamente difundida entre la población, persisten dificultades para implementarla en la cotidianidad. En parte, esto puede atribuirse a la fuerte dependencia de la sal como potenciador del sabor en muchas de las preparaciones culinarias tradicionales en Argentina.

En el contexto de la presente investigación, se pudo identificar que la mayoría de los hipertensos (80%) continúan utilizando sal durante la cocción, lo cual se vuelve aún más preocupante al considerar además el exponencial número de encuestados que consumen sabores en polvo y/o cubitos de caldo concentrados (58%). Esto podría indicar que las personas están acostumbradas a sazonar sus alimentos de manera tal que no logran apreciar el sabor real de los mismos.

El excesivo consumo de sal de mesa se torna particularmente preocupante al tener en cuenta la ingesta adicional de sodio proveniente de otras fuentes alimenticias. La capacidad para identificar las fuentes de sodio en la dieta es un paso esencial para disminuir su consumo, lo cual adquiere aún mayor importancia en países como Argentina, donde la mayor parte de la ingesta de sodio proviene de productos alimenticios procesados.

En términos generales, la población suele poseer conocimientos acerca del contenido de sodio presente en los alimentos salados, lo cual podría explicar por qué más de la mitad de los encuestados se abstienen de incorporar en su dieta cotidiana productos como fiambres, picadillos, embutidos y aderezos. En lo que respecta a los alimentos dulces, se ha constatado que la mayoría de los participantes fueron capaces de reconocer la posible presencia de sodio en los mismos. Este hecho podría representar la razón por la cual las bebidas azucaradas, los flanes, las gelatinas y los jugos en polvo no fueron mencionados como alimentos de consumo habitual por la mayor parte de la muestra.

Por su parte, aproximadamente la mitad de los participantes dejaron entrever dificultades para identificar el tipo de queso con mayor contenido de sodio, lo cual podría explicar la incorporación regular de queso rallado en su alimentación. De manera similar, los panificados representaron un alimento habitual en la alimentación de casi el 80% de los encuestados, probablemente porque más de la mitad los reconocen como alimentos bajos en sodio.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Con lo expuesto anteriormente, se puede deducir que el nivel de conocimiento desempeña un papel crucial en el manejo de la enfermedad y en la adhesión a las recomendaciones alimentarias. Aquellas personas con un mayor grado de conocimiento son más permeables a adoptar comportamientos que ayuden a reducir su consumo de sodio. Sin embargo, es importante destacar que el conocimiento no garantiza automáticamente el cumplimiento de prácticas alimentarias adecuadas. En algunos encuestados se ha observado que, a pesar de contar con un conocimiento suficiente, las prácticas no correspondían a lo recomendado. Esta discrepancia puede atribuirse a una serie de factores intervinientes, como la falta de consciencia acerca de la enfermedad, las consideraciones socioculturales y otros elementos, que también deben ser tomados en cuenta al momento de abordar la problemática.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se puede afirmar que existe una falta de consciencia de los individuos hipertensos con respecto a su condición. La ausencia de manifestaciones visibles a corto plazo tras un excesivo consumo de sodio, las dificultades para realizar cambios en el estilo de vida, la influencia de factores socioculturales en los hábitos alimentarios y el desconocimiento de cuestiones relacionadas con el sodio constituyen barreras que obstaculizan el logro de una moderación en la ingesta del mineral en cuestión por parte de la población. Además, la satisfacción del paciente con el equipo de salud y la calidad de la relación profesional-paciente constituye otro factor que desempeña un rol fundamental en el manejo de la enfermedad.

En este contexto, resulta importante considerar que la falta de adherencia a los tratamientos prescritos es un fenómeno de naturaleza multidimensional y de gran complejidad. Por eso, para abordar este intrincado escenario es necesario partir de un enfoque multidisciplinario que involucre a Licenciados en Nutrición y Médicos Cardiólogos que brinden instrucciones concretas y personalizadas para cada paciente. Los profesionales deben presentar estrategias de educación nutricional que permitan mejorar el nivel de conocimiento y así lograr cambios en sus comportamientos alimentarios sostenibles a lo largo del tiempo. Es decir, deben brindar información acerca de los alimentos con mayor contenido de sodio y la adecuada lectura de las etiquetas, y reevaluar mitos y percepciones culturales en torno a determinados productos alimenticios.

En síntesis, se considera que un programa integral de prevención y manejo de la HTA -respaldado por un compromiso activo por parte de los profesionales y una



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

adecuada participación del paciente- emerge como un elemento crucial para la mejora de hábitos y la reducción de la necesidad de tratamiento farmacológico.

El fin último de la presente investigación es dar entidad a la salud de los pacientes hipertensos, razón por la cual se aspira a que contribuya como un instrumento adicional para conocer la conducta de los mismos respecto al sodio y, además, logre demostrar que la intervención nutricional es una vía fundamental en el tratamiento de dicha patología.

Como futuras líneas de investigación sería interesante llevar a cabo un análisis cuantitativo del consumo de sodio de sujetos hipertensos. Otro eje en el cual profundizar podría ser la evaluación de los factores que influyen en los conocimientos y prácticas alimentarias vinculadas al consumo de dicho mineral, para desarrollar intervenciones más específicas y ajustadas a las necesidades particulares de los pacientes. De igual manera, sería de gran interés realizar seguimientos a largo plazo que evalúen la efectividad de las intervenciones nutricionales implementadas. Asimismo, se recomienda continuar efectuando estudios que evalúen los conocimientos y las prácticas alimentarias.



RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se proponen diversas recomendaciones para abordar la desinformación observada en los pacientes adultos hipertensos.

En primer lugar, se torna crucial que estos pacientes asuman un compromiso activo en su tratamiento, lo cual implica que se realicen monitoreos regulares, pero también que entiendan la importancia de su participación en el cuidado de su salud.

Por otro lado, se sugiere puntualizar en la relevancia que tiene para los pacientes el compromiso por parte de los profesionales de la salud, puesto que son quienes deben brindarles las herramientas y el apoyo para desarrollar su tratamiento de manera efectiva y prevenir complicaciones. Asimismo, a fin de realizar recomendaciones prácticas y realistas, los profesionales deben comprender tanto la complejidad implícita en el acto alimentario como las dimensiones simbólicas y culturales que atraviesan a cada sujeto.

En este contexto, el trabajo interdisciplinario es fundamental para brindar una atención integral a los pacientes. Una problemática frecuente en el ámbito de la salud radica en que el tratamiento de la HTA se limita al uso de fármacos, dejando de lado un pilar tan importante como lo es la alimentación. Se sugiere la inclusión de los licenciados en nutrición en el abordaje de los pacientes hipertensos.

Así también, se propone la implementación de programas educativos dirigidos a los pacientes hipertensos, con el objetivo de concientizar sobre la relevancia de reducir el consumo de sodio y brindar estrategias concretas para lograrlo. Es indiscutible la necesidad de realizar educación alimentaria nutricional sobre la diferencia entre sal y sodio, la interacción de ambos en la alimentación y en aspectos más específicos como el contenido de sodio de los alimentos.

En este sentido, resultaría eficiente la implementación de talleres teóricos y/o prácticos que convoquen al encuentro personal entre hipertensos y licenciados en nutrición. Además, la difusión de información valiosa a través de los medios de comunicación, incluyendo las redes sociales, también podría ser una herramienta efectiva para llegar a un público más amplio y mantener una discusión activa sobre la temática.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Finalmente, se presenta el folleto realizado con el aval de la Licenciada en Nutrición Marina Pagani, directora de la presente tesina, el cual destaca los aspectos fundamentales de una alimentación hiposódica. El mismo fue entregado al Centro de Cardiología Diagnóstica para su difusión y uso en la comunidad.

SAL (NaCl) – SODIO (Na)

¿SON LO MISMO?

Las palabras “sal” y “sodio” suelen utilizarse como sinónimos, pero **NO SIGNIFICAN LO MISMO**. El sodio es una parte constituyente de la sal.

¿DÓNDE SE ENCUENTRA EL SODIO?

| Sal de mesa | Alimentos salados | Alimentos con contenido natural de sodio | Agua mineral | Aditivos |
|---|--|--|--|--|
| | | | | |
| Atención: La sal marina NO posee menor contenido de sodio que la sal de mesa. | Fiambres, embutidos, alimentos en salmuera, productos de snack, caldos y sopas concentradas, conservas, enlatados, mariscos, aderezos. | Quesos duros, manteca, margarina, panificados. | Sin embargo, algunas marcas son bajas en sodio. Por ejemplo: Glaciar, Ser, Eco de los Andes. | Cuidado con los alimentos ultraprocesados . |

POR ESO, ES IMPORTANTE LEER LAS ETIQUETAS

Ya que no necesariamente un producto debe ser salado para contener un significativo aporte de sodio.

VALOR DIARIO (VD): cantidad recomendada de un nutriente que se debe consumir o no exceder cada día.

El %VD muestra cuánto contribuye un nutriente a la dieta diaria en una porción del alimento envasado. Es útil para determinar si el contenido de sodio de cada porción es alto o bajo.

| | |
|--------------------|------------|
| Sodio 460mg | 19% |
|--------------------|------------|

ALTO ≥ 20% **BAJO** ≤ 5%

Preste atención al **NÚMERO** de porciones que se comen o beben, para determinar la cantidad de sodio que se consume.

OTRAS RECOMENDACIONES

Dé sabor sin añadir sal

MÉTODOS DE COCCIÓN

| | | |
|----------|---------|-----------|
| | | |
| Al vapor | Plancha | Papillote |

Conservan mejor el sabor de los alimentos. El hervido lo diluye.

CONDIMENTOS

| | | | | |
|--------|----------|--------------------|----------|-------------------|
| | | | | |
| Ácidos | Espicias | Hierbas aromáticas | Alíaceos | Aceites con sabor |

SAL

Reservarla para los alimentos más insípidos, agregándola en las últimas preparaciones.



BIBLIOGRAFÍA

- Arboleda, L.M., Arboleda, J.C., Marroquín, J.M., Cadavid, M.A., Lozano G.A. y Gaitán, D.A. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal/sodio en niños del departamento de Antioquia, Colombia. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(1), 97-104.
- Arboleda, L.M. y Velásquez, J.E. (2015). Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón - Colombia. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(4), 357-361.
- Arroyo, R.P. (2016). *Conocimientos y criterios de elección de diferentes tipos de sal de mesa en un establecimiento gastronómico de la localidad de Luján año 2016*. Tesis de licenciatura, Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina.
- Asociación Médica Mundial (2013). *Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Helsinki, Finlandia.
- Banús, P.L., Colombo, E., Mangiafave, V.A. y Acosta, S.O. (2019). Conocimiento, barreras y factores asociados al consumo de sodio en pacientes con hipertensión arterial. *Revista DIAETA*, 37(168), 11-19.
- Black, M.M. y Creed-Kanashiro, M. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 373-378.
- Celi Galarza, M.E. y Mosquera Méndez, K.C. (2018). *Valoración de la ingesta de sodio e identificación de los conocimientos, actitudes y prácticas entorno al consumo de sal en adultos de 25 a 64 años*. Tesina de licenciatura, Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador.
- Corella, D. y Ordovás, J.M. (2007). Genes, dieta y enfermedades cardiovasculares. *Investigación y Ciencia*, 1(374), 74-83.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

- Delucchi, A.M., Majul, C.R., Vicario, A., Cerezo, G.H. y Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista Argentina de Cardiología*, 85(4), 354-360.
- De Luis Román, D.A., Bellido Guerrero, D., García Luna, P.P. y Oliveira Fuster, G. (2017). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo* (3era edición). España: Aula médica.
- Deossa-Restrepo, G.C., Restrepo-Betancur, L.F. y Edinson Velásquez, J. (2017). Conocimientos y uso del sodio en la alimentación de los adultos de Medellín (Colombia). *Perspectivas en Nutrición Humana*, 19(1), 55-65.
- Figuroa López, C. G., y Ramos del Rio, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 22(2), 169-174.
- Food and Drug Administration (2022). El sodio en su dieta. Recuperado de: <https://www.fda.gov/>
- Gaitán, D., Chamorro, R., Cediell, G., Lozano, G. y Gomes, F. (2015). Sodio y Enfermedad Cardiovascular: Contexto en Latinoamérica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(4), 206-215.
- García Pérez, A., Sánchez García, F., Rey Córdoba, K., García Collado, M. y Barcelay Leyva, F.A. (2014). Hipertensión arterial. Conocimiento de los trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. *Revista Información Científica*, 84(2), 228-237.
- Herrera-Fontana, M.E., Sisa, I., Mosquera, K., Celi, M.E. y Terán, E. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la ingesta de sodio en Ecuador: estudio piloto. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1-6.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar/>



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

- Lobos Bejarano, J.M. y Brotons Cuixart, C. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria*, 43(12), 668-677.
- López, L.B. y Suárez, M.M. (2017). *Fundamentos de Nutrición Normal* (2da edición). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Lorenzo Díaz, J.C. y Vitón Castillo, A.A. (2020). Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1960-1963.
- Mahan, L.K., Scott-Stump, S. y Raymond, J.L. (2013). *Krause dietoterapia* (13era edición). Barcelona, España: Elsevier.
- Moreira Claro, R., Linders, H., Zancheta, C., Branka Legetic, R. y Campbell, N.R.C. (2012). Actitudes, conocimientos y comportamiento de los consumidores en relación con el consumo de sal en países centinelas de la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(4), 11-20.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Enfermedades cardiovasculares (ECV). Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (2023). Hipertensión. Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Cuestionario sobre conocimiento, actitud, comportamiento acerca de la sal dietética y la salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es>
- Pérez Rosabal, E., Soler Sánchez, Y.M. y Morales Ortiz, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Revista MEDISAN*, 20(1), 3-9.
- Peña, L., Bergesio, L., Discacciati, V., Majdalani, M.P., Elorriaga, N. y Mejía, R. (2015). Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(25), 7-13.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

- Piskorz, I., Keller, L., Tissera, G., Citta, L., Mata, L., Citta, P., Bongarzone, L y Piskorz, D. (2023). Hipertensión arterial y daño en órgano blanco en pacientes cardiometabólicos. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 52(1), 29-35.
- Real Academia Española (s.f). Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Rodriguez Cobian, A.A. (2018). Manejo multidisciplinario del paciente hipertenso. Una visión para el futuro. *MediSur*, 16(2), 226-228.
- Sánchez, G., Peña, L., Varea, S., Mogrovejo, P., Goetschel, M.L., Montero-Campos, M.A., Mejía, R. y Blanco-Metzler, A. (2012). Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(4), 259-264.
- Tortora, G.J. y Derrickson, B. (2013). *Principios de anatomía y fisiología* (13era edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial médica panamericana.
- Torresani, M.E. y Somoza, M.I. (2009). *Lineamientos para el cuidado nutricional* (3era edición). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Heredia-Blonval, K., Pacheco-Guier, M., Primus-Alfaro, D., Montero-Campos, M., Fatjó-Barboza, A. y Blanco-Metzler, A. (2014). Percepciones y conocimientos acerca de la sal, el sodio y la salud en adultos de clase media de la provincia de San José, Costa Rica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 64(4), 258-263.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

ANEXOS



Anexo I

Carta de Intención

Santa Fe, 13 de marzo de 2023

Sra. Coordinadora General de Tesinas

Licenciatura en Nutrición

Lic. Delfina Stamatti

De mi mayor consideración:

Por la presente tengo el agrado de comunicar a Ud. la intención de abordar en mi Proyecto de Tesina la temática sobre el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos, siendo su título tentativo “Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica”.

A continuación, se consigna la información requerida por el Reglamento de Tesina vigente:

Pregunta del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica?

Antecedentes

Sánchez et al. (2012) realizaron un estudio de tipo cualitativo-exploratorio, el cual tuvo como objetivo identificar los conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal y sodio alimentario de 71 habitantes de los países de Argentina, Costa Rica y Ecuador. Dentro de los resultados se destacó un desconocimiento sobre el término “sodio” y su relación con la sal, como así también respecto al contenido del mismo en los distintos alimentos. Asimismo, la mayoría de los entrevistados manifestaron no buscar el contenido de sodio en el etiquetado de los productos alimenticios.

Por su parte, en un estudio realizado por Heredia-Blonval et al. (2014) se exploraron las percepciones y los conocimientos acerca de la sal, el sodio y la salud de adultos que residen en la provincia de San José, Costa Rica. Se hizo uso de un diseño de



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se realizaron entrevistas a 400 personas entre 40 y 55 años, obteniendo como resultado que el 70% de los encuestados no poseían conocimientos sobre la diferencia entre la sal y el sodio, incluso utilizaban dichos términos como sinónimos. Además, se encontró un bajo interés en la revisión del etiquetado nutricional de los productos alimenticios.

Por último, Banús et al. (2019) propusieron un estudio de tipo observacional, transversal y analítico, que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y las barreras en un plan alimentario controlado en sodio. La muestra estuvo conformada por 156 pacientes de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Al evaluar el reconocimiento de alimentos ricos en sodio, resultó alarmante encontrar una baja asociación entre los productos dulces y su alto contenido del mismo.

Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica.

Objetivos específicos

1. Recolectar información sobre el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos.
2. Determinar si los conocimientos y las prácticas alimentarias que poseen los pacientes son acordes a las recomendaciones sobre alimentación hiposódica.
3. Establecer si los conocimientos que poseen los pacientes influyen en sus prácticas alimentarias.

Referente empírico

La tesina se llevará a cabo en el Centro de Cardiología Diagnóstica de la Ciudad de Santa Fe, ubicado en Boulevard Gálvez 2063.

La muestra será seleccionada intencionalmente e incluirá a pacientes adultos hipertensos que asistan a la consulta cardiológica de dicho establecimiento.

Tipo de estudio

Para la realización del presente trabajo se llevará a cabo un estudio con enfoque metodológico de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Cualitativo en cuanto permitirá evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio. Asimismo, será cuantitativo ya que se hará uso de la estadística mediante la medición numérica y posterior análisis de los datos de las variables investigadas.

Por otro lado, adoptará un enfoque de tipo descriptivo debido a que se investigarán las variables anteriormente mencionadas, para la posterior especificación de los resultados obtenidos. Además, será de tipo observacional puesto que no buscará la intervención o manipulación de los factores a analizar, reduciéndose a la mera observación de lo que ocurre con las variables en la realidad.

Por último, con respecto a la temporalidad se tratará de un estudio de corte transversal debido a que la recolección de datos se realizará en un único momento, sin un seguimiento a lo largo del tiempo.

Asimismo, informo que he obtenido aval de la Licenciada en Nutrición Pagani Marina, quien se desempeñará como directora.

Sin más, aprovecho la oportunidad para saludarla atentamente.

Firma del alumno

Aclaración: Candela Bonino

DNI: 43.346.651

MARINA AYELEN PAGANI
Licenciada en Nutrición
M.P.: 1578

Firma de la directora

Aclaración: Marina Pagani

DNI: 36.460.537



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Recibida la Carta de Intención de la alumna _____
_____, y su Proyecto de Tesina titulado provisoriamente

_____,

la Comisión Asesora aprueba el abordaje de la temática propuesta y asigna la dirección del Proyecto de Tesina a _____.

Regístrese, comuníquese y archívese.



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Anexo II

Carta de autorización

Ciudad Santa Fe, _____ de _____ del 2023

Sr Director del establecimiento: _____

Quien subscribe, Bonino Candela, DNI N° 43.346.651, alumna de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Santa Fe, me dirijo a usted a fin de solicitar autorización para concurrir al Centro de Cardiología Diagnóstica, con el objetivo de llevar a cabo el trabajo de campo de la tesina de grado de mi autoría, titulada: “Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica” dirigida por la Licenciada en Nutrición Pagani Marina.

El mismo consistirá en la realización de una encuesta a pacientes hipertensos que deseen participar. Los datos obtenidos se utilizarán para la elaboración de la Tesina.

Cabe aclarar que me encuentro enmarcada de acuerdo a las disposiciones vigentes del plan de estudio de la carrera Licenciatura en Nutrición, Resolución N° 482/03 del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.

Sin más, y a la espera de una respuesta favorable a lo solicitado, quedando a su entera disposición, lo saluda muy atentamente.

Firma y aclaración



“Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos”

Anexo III

Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento, doy consentimiento para participar de la encuesta correspondiente al trabajo de investigación que llevará a cabo la alumna Bonino, Candela DNI N° 43.346.651, de la carrera Licenciatura en Nutrición en la Universidad de Concepción del Uruguay, la cual analizará los “Conocimientos y prácticas alimentarias respecto al consumo de sodio de pacientes adultos hipertensos que asisten al Centro de Cardiología Diagnóstica”

Doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial y anónima y, por consiguiente, no afectará mi situación personal ni salud.

Afirmo que se proporcionó información clara y suficiente sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación en dicho estudio.

Firma y aclaración



Anexo IV

Encuesta

DATOS PERSONALES

Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

Edad:

- a. Entre 18 a 29 años.
- b. Entre 30 a 60 años.
- c. Mayor a 60 años.

CONOCIMIENTOS CON RESPECTO AL SODIO

1. ¿El sodio es lo mismo que la sal?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Desconoce
2. ¿Qué es el sodio?
 - a. Otro término utilizado para referirse a la sal.
 - b. Una parte constituyente de la sal.
 - c. Desconoce.
3. ¿La sal marina tiene menor contenido de sodio que la sal de mesa?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Desconoce
4. ¿Un alimento dulce puede contener sodio?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Desconoce
5. ¿Las aguas minerales aportan sodio?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Desconoce
6. ¿Qué tipo de queso posee mayor contenido de sodio?
 - a. Blandos
 - b. Duros
 - c. Semiduros
 - d. Todos los quesos poseen el mismo contenido de sodio
 - e. Desconoce
7. ¿Los panificados y las galletitas de agua son bajos en sodio?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Desconoce
8. ¿Una dieta alta en frutas, verduras, legumbres y frutos secos presenta beneficios para la HTA?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No posee relación
 - d. Desconoce



PRÁCTICAS ALIMENTARIAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE SODIO

Hábitos de compra

9. ¿Lee el contenido de sodio en los empaques de los alimentos que consume?
- Si
 - No
10. Al comprar alimentos, ¿elige aquellos con menor contenido de sodio posible?
- Si
 - No

Costumbres culinarias y formas de preparación de las comidas

11. ¿Qué condimentos utiliza?
- Hierbas y especias.
 - Cubitos de caldo, aderezos, sabores en polvo
 - Ambos
12. ¿Enjuaga los enlatados previamente a consumirlos?
- Si
 - No
13. ¿Agrega sal a las comidas durante la cocción?
- Si
 - No
14. ¿Adiciona sal a los alimentos antes de probarlos?
- Si
 - No

Consumo de alimentos

¿Consumes frecuentemente (3 o más veces por semana) los siguientes alimentos?

- | | | |
|--|-------|-------|
| 15. Aderezos (mayonesa, ketchup, mostaza, salsa golf) | a. Si | b. No |
| 16. Productos en polvo (jugos, gelatinas, flanes, sopas) | a. Si | b. No |
| 17. Queso rallado | a. Si | b. No |
| 18. Panificados (pan común, pan lactal, bizcochos, facturas, tortas) | a. Si | b. No |
| 19. Fiambres, picadillos y/o embutidos | a. Si | b. No |
| 20. Bebidas azucaradas | a. Si | b. No |



Anexo V

Encuesta con respuestas correctas marcadas.

DATOS PERSONALES

Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

Edad:

- a. Entre 18 a 29 años.
- b. Entre 30 a 60 años.
- c. Mayor a 60 años.

CONOCIMIENTOS CON RESPECTO AL SODIO

1. ¿El sodio es lo mismo que la sal?
 - a. Si
 - b. **No**
 - c. Desconoce
2. ¿Qué es el sodio?
 - a. Otro término utilizado para referirse a la sal.
 - b. **Una parte constituyente de la sal.**
 - c. Desconoce.
3. ¿La sal marina tiene menor contenido de sodio que la sal de mesa?
 - a. Si
 - b. **No**
 - c. Desconoce
4. ¿Un alimento dulce puede contener sodio?
 - a. **Si**
 - b. No
 - c. Desconoce
5. ¿Las aguas minerales aportan sodio?
 - a. **Si**
 - b. No
 - c. Desconoce
6. ¿Qué tipo de queso posee mayor contenido de sodio?
 - a. Blandos
 - b. **Duros**
 - c. Semiduros
 - d. Todos los quesos poseen el mismo contenido de sodio
 - e. Desconoce
7. ¿Los panificados y las galletitas de agua son bajos en sodio?
 - a. Si
 - b. **No**
 - c. Desconoce
8. ¿Una dieta alta en frutas, verduras, legumbres y frutos secos presenta beneficios para la HTA?
 - a. **Si**
 - b. No
 - c. No posee relación
 - d. Desconoce



PRÁCTICAS ALIMENTARIAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE SODIO

Hábitos de compra

9. ¿Lee el contenido de sodio en los empaques de los alimentos que consume?
- a. **Si**
b. No
10. Al comprar alimentos, ¿elige aquellos con menor contenido de sodio posible?
- a. **Si**
b. No

Costumbres culinarias y formas de preparación de las comidas

11. ¿Qué condimentos utiliza?
- a. **Hierbas y especias.**
b. Cubitos de caldo, aderezos, sabores en polvo
c. Ambos
12. ¿Enjuaga los enlatados previamente a consumirlos?
- a. **Si**
b. No
13. ¿Agrega sal a las comidas durante la cocción?
- a. Si
b. **No**
14. ¿Adiciona sal a los alimentos antes de probarlos?
- a. Si
b. **No**

Consumo de alimentos

¿Consumes frecuentemente (3 o más veces por semana) los siguientes alimentos?

- | | | |
|--|-------|--------------|
| 15. Aderezos (mayonesa, ketchup, mostaza, salsa golf) | a. Si | b. No |
| 16. Productos en polvo (jugos, gelatinas, flanes, sopas) | a. Si | b. No |
| 17. Queso rallado | a. Si | b. No |
| 18. Panificados (pan común, pan lactal, bizcochos, facturas, tortas) | a. Si | b. No |
| 19. Fiambres, picadillos y/o embutidos | a. Si | b. No |
| 20. Bebidas azucaradas | a. Si | b. No |