

ENFERMEDAD CARDÍACA E INGESTA DE SODIO EN PERSONAS MAYORES

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CS. MEDICAS
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

CAMILA PECAUT
TUTORA: LIC. ANTONELA BANFI
ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:
LIC. CAROLINA SUHIT,
DRA. MG. VIVIAN MINNAARD

“Si pudiésemos dar a cada individuo la cantidad adecuada de nutrición y ejercicio, ni muy poco ni demasiado, habríamos encontrado el camino más seguro hacia la salud.”

Hipócrates

Dedico este trabajo a mis padres y mis abuelos quienes,
siempre me dieron su apoyo incondicional, me motivaron y
confiaron en mi a pesar de que las cosas no salían como esperábamos
y ellos con su esfuerzo me dieron la oportunidad de elegir siempre.

AGRADECIMIENTOS

En especial a mamá porque siempre me dio todo lo que necesité para enfrentar esta difícil y larga carrera y papá porque siempre confió en que lo lograría y hacer que nunca me falte nada.

Mis hermanas por el aguante, las tardes, noches, caminatas, comidas compartidas, con algunos momentos más felices y otros más difíciles.

Mi Abu Mirta por acompañarme en los primeros años y cocinar sus ricas comidas.

Mi Abu Negra quien despertó en mí curiosidad por esta hermosa carrera, quien me acompañó en los primeros años de mi carrera y junto al abuelo Mario que me dieron el hogar durante mi carrera.

Mi novio que desde siempre me está acompañando y hoy desde más cerca.

Los tíos y primos por el apoyo y la visita.

Fran que siempre estuvo para darme una mano en todo sin dudarlo, incluyéndome, dándome apoyo, seguridad, siempre con las herramientas justas y necesarias.

A todos los amigos y compañeros, los que me acompañaron desde el aula y fuera de ella, cada uno desde su lugar dándome su apoyo, fuerzas, herramientas para seguir adelante con mi carrera.

Al grupo de Centro público de Laprida que me dio la oportunidad de conocer sus hábitos y conocimientos para elaborar mi trabajo de tesis, y al grupo de profesionales que confiaron en mí y me brindaron las herramientas con el apoyo necesario.

A Vivian Minnaard, Carolina Suhit y Natalia Sordini, por ser intérpretes y traductoras, guías y asesoras de mi trabajo, con enorme paciencia.

A mi tutora de tesis, Antonella Banfi, quien ha dedicado su valioso tiempo para ayudarme en este último paso. Le agradezco especialmente la buena voluntad y predisposición que siempre ha tenido.

Mis tutoras de prácticas y al hospital Público de Laprida que me abrieron las puertas para hacer mis prácticas y mi tesis final.

A la ONG quienes confiaron en mí, compartí con un grupo hermoso de ellos aprendí mucho, lo que me dio la seguridad que elegí la carrera, que me llena el corazón de amor.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el grado de información sobre el contenido de sodio de los alimentos, estado nutricional y hábitos alimentarios en personas mayores con enfermedad cardíaca que asisten al centro público en la ciudad de Laprida, en el año 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS: Este trabajo corresponde a una investigación de enfoque, descriptivo y de corte transversal no experimental, efectuado en un único momento, y con esa muestra se obtuvieron los datos. La unidad de análisis está compuesta por cada uno de las 20 personas mayores de 60 años que concurren al centro público. Los datos fueron recolectados por medio de encuestas online y presencial, con preguntas abiertas, cerradas, de opción múltiple y frecuencia de consumo.

RESULTADOS: Acerca del estado nutricional el 55% tenía sobrepeso y obesidad. Respecto al tipo de enfermedad cardíaca la más destacada es Angioplastia coronaria 40%. Sobre los cambios de hábitos se registró mayor adherencia a la actividad física que a pautas dietéticas. En cuanto a la información de alimentos y su contenido de sodio, los encuestados tuvieron más información sobre los alimentos que tienen un alto contenido de sodio.

CONCLUSIÓN: Se identifica que las personas mayores, tienen mayor información de los alimentos que tienen un alto contenido de sodio y una menor información sobre los alimentos que tienen bajo contenido de sodio. Se observa que la mayoría de las personas mayores con enfermedad cardíaca tiene sobrepeso y obesidad con circunferencia de cintura muy aumentada, con respecto a los hábitos alimentarios se puede ver que todos los pacientes incorporaron mayor adherencia al ejercicio físico programado y menor adherencia a pautas dietéticas.

PALABRAS CLAVES: Enfermedades cardiovasculares, Ejercicio físico, Dieta sin sal, Dieta hipocalórica, hábitos alimentarios.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Estado de la cuestión.....	10
Materiales y Métodos.....	23
Resultados.....	27
Conclusiones.....	58
Bibliografía.....	63

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI el descenso de la mortalidad en los países desarrollados dependió y fue favorecida por los programas de salud pública, los avances tecnológicos, desarrollo de la tecnología médica, el acceso a los servicios de salud, entre otras. (Arango y Peláez 2012).¹

Kamphuis, et al (cómo cito Gil- Toro, Giraldo-Giraldo y Estrada-Restrepo, 2017)² aseguran que durante el proceso de envejecimiento se presentan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que hacen de los Adultos Mayores, un grupo vulnerable desde el punto de vista nutricional. Además de los cambios fisiológicos, la ingesta de alimentos de las personas mayores también se ve afectada por las condiciones socioeconómicas, como bajo nivel educativo, menor estrato socioeconómico, pocos o nulos ingresos económicos e inseguridad alimentaria.

Como observó Peranovich (2016)³ que simultáneamente al envejecimiento progresivo de la población, se evidencia un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras. Este proceso se observa en los datos de Argentina durante la primera década del siglo XXI, a través de los análisis realizados.

Gimenez et. al (2012)⁴ afirma que hay factores de riesgo cardiovascular que tienen un condicionamiento heredofamiliar: La hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad.

¹ Con un enfoque demográfico, esta reflexión buscó evidenciar los retos, oportunidades, transformaciones y preocupaciones que supone el envejecimiento de las poblaciones. Para ello se describió el comportamiento de las transformaciones poblacionales durante un siglo (1950-2050) en el mundo, en América Latina y el Caribe y en Colombia, evidenciando los cambios en algunos indicadores demográficos. Esta reflexión permitió concluir que las oportunidades, retos y preocupaciones que impone el envejecimiento poblacional en el siglo XXI serán un factor determinante en el desarrollo de los pueblos, que deberán enfrentar una disminución de la fecundidad y aumento en la esperanza de vida, originando cambios en la estructura poblacional, aumentando las demandas en los servicios de salud y a los sistemas económico y de seguridad social para atender a una mayor demanda con nuevas estructuras familiares y relaciones intergeneracionales. 2012.

² Estudio descriptivo, transversal, con 178 adultos ≥ 60 años que asistieron a consulta odontológica en la Universidad de Antioquia entre septiembre de 2014 y febrero de 2015. Se midieron variables sociodemográficas, frecuencia de consumo de alimentos y escala de seguridad alimentaria. Para la asociación entre la ingesta de alimentos con variables socioeconómicas se utilizó la prueba Chi². Para determinar los patrones alimentarios se utilizó el análisis de componentes principales para datos categóricos.

³ Se trata de un estudio cuantitativo basado en el análisis de las EVAD para la población de personas de 65 años y más residentes en Argentina, para el período 2001-2009.

⁴ Se desarrolló un estudio en una población de adultos de entre 30 y 80 años de ambos sexos, residentes en la ciudad de Buenos Aires. La recolección de la información se realizó en el primer semestre del año 2012.

Hay otros factores de riesgo cardiovascular que aumentan con la edad en forma exponencial: hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

En Argentina, la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Según datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2019)⁵ el 34.6% de la población adulta es hipertensa.

Al menos el 30% de la población de las Américas sufre de hipertensión y el alto consumo de sal en la dieta es su principal factor de riesgo. Reducir la ingesta de sodio puede bajar la presión arterial alta a niveles normales en un tercio de quienes la padecen, así como prevenir 1 de cada 4 ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares en el mundo. Washington, DC, 2013 (OPS/OMS⁶).

Una de las estrategias efectivas que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la reducción de sal en la dieta, en función del costo que permite reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular en países en desarrollo (Ferrante, 2012).⁷

Según la Organización Panamericana de la Salud, 2019 y Pan American Health Organization, 2016⁸ Tanto la hipertensión arterial, como la hiperglucemia en ayunas y el sobrepeso o la obesidad, están estrechamente relacionados con la mala alimentación. La ingesta excesiva de nutrientes críticos es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad, publicidad y promoción de productos alimentarios ultraprocesados y procesados que contienen cantidades excesivas de estos nutrientes.

Tras lo mencionado anteriormente surge el siguiente problema: ¿Cuál es el grado de información sobre el contenido de sodio de los alimentos, estado nutricional y hábitos

⁵ El diseño muestral de la ENFR fue probabilístico y multietápico, y permitió obtener información representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más residente en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes para el Paso 1. Cuyo informe completo se publicará en el segundo semestre de 2019.

⁶ En el presente estudio se utilizaron métodos mixtos para analizar los datos procedentes de 34 países. Los datos se recopilaron mediante una revisión estructurada principalmente de fuentes oficiales nacionales, a fin de reconocer las políticas y las iniciativas vigentes orientadas a disminuir la ingesta de sal y sodio de la población.

⁷ La intervención consistió en reducir entre 5% y 25% el contenido de sal en los alimentos. Se utilizó el modelo de simulación del impacto de las políticas sobre la enfermedad coronaria para predecir la evolución de la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y los costos en la población de la enfermedad coronaria y cerebrovascular en personas de 35 a 84 años

⁸ En el presente estudio se utilizaron métodos mixtos para analizar los datos procedentes de 34 países. Los datos se recopilaron mediante una revisión estructurada principalmente de fuentes oficiales nacionales, a fin de reconocer las políticas y las iniciativas vigentes orientadas a disminuir la ingesta de sal y sodio de la población.

alimentarios en personas mayores con enfermedad cardiaca que asisten al centro público en la ciudad de Laprida, en el año 2023?

Objetivo general será: Determinar el grado de información sobre el contenido de sodio de los alimentos, estado nutricional y hábitos alimentarios en personas mayores con enfermedad cardiaca que asisten al centro público en la ciudad de Laprida, en el año 2023.

Los objetivos específicos del trabajo serán:

- Identificar el grado de información que tienen las personas mayores sobre el contenido de sodio de los alimentos.
- Examinar cambios de hábitos tras el diagnóstico de enfermedad cardiaca.
- Indagar sobre hábitos alimentarios.
- Evaluar el estado nutricional de las personas mayores.



ESTADO DE LA CUESTION

En Argentina, la población de personas mayores está creciendo rápidamente como resultado de los cambios en la fecundidad, en la mortalidad y, en menor medida, de las migraciones. Al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, allí se combinan una tendencia a la baja de la natalidad y de la mortalidad. Estas dos variables son los principales determinantes de la estructura etaria de la población. Para 2020, la tasa de fecundidad era de 2,2 hijos por mujer, lo cual representa una caída de 1,3 hijos por mujer con respecto a datos de 1950. La disminución de la mortalidad, por su parte, contribuyó al aumento de la esperanza de vida, que pasó de 62 años en 1950 a 77 en 2020. (Olivera, 2020).⁹

El envejecimiento poblacional del siglo XXI trae profundas modificaciones en las estructuras económicas, sociales y culturales de los países, situación ya experimentada en los países desarrollados. Tal fenómeno muestra repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, en este caso las redes de apoyo social, principalmente las redes informales, conformada por familiares y convivientes, que han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar. (Arango y Peláez. 2012)¹⁰

Según la ecuación costo/beneficio, el impacto financiero en que se incurre por la inadecuada aplicación de la prevención primaria y secundaria, justificaría concretar los esfuerzos inmediatos para la detección precoz y el tratamiento oportuno de las personas con factores de riesgo cardiovasculares. (Gimenez et al, 2012).¹¹

Entre factores sociales y ambientales se encuentran el aislamiento social que sufren los adultos mayores, así como los bajos ingresos que no les permite adquirir alimentos suficientes y terminan modificando así sus hábitos alimentarios. Estos factores actúan como causas y riesgo de malnutrición. Se debe considerar que habitualmente comer es una cuestión social y los adultos mayores muchas veces encuentran la motivación por comer, y en los hábitos alimentarios que llevaron durante toda su vida o en la situación social inmediata, más que en las necesidades de satisfacer

⁹ Este estudio fue elaborado por María Laura Oliveri, consultora en la División de Salud y Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Hace parte de una serie de estudios de caso y otros materiales producidos por el BID en los que se aborda el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en varios países de América Latina y el Caribe.

¹⁰ Enfoque demográfico, esta reflexión buscó evidenciar los retos, oportunidades, transformaciones y preocupaciones que supone el envejecimiento de las poblaciones, lo cual obliga a una visión integral del fenómeno desde diferentes ámbitos. Para ello se describió el comportamiento de las transformaciones poblacionales durante un siglo (1950-2050) en el mundo, en América Latina y el Caribe y en Colombia, evidenciando los cambios en algunos indicadores demográficos.

¹¹ La falla en el control de los factores de riesgo modificables incrementa notablemente los gastos del Sistema de Salud, representados en hospitalizaciones, estudios de alta complejidad y tratamiento invasivo.

los impulsos básicos; cuando se generan cambios sociales en la tercera edad puede disminuirse la motivación de preparar la comida o inclusive comer, llevando a una malnutrición y en la elección de alimentos procesados y ultraprocesados. (Shils 2002)¹².

Los adultos mayores que informaron sentirse aislados, a menudo tenían más probabilidades de tener síntomas de adicción a la comida que aquellos que rara vez se sentían aislados. El 17% de los hombres y el 32% de las mujeres que informaron tener sobrepeso cumplían los criterios de adicción a la comida. Gearhardt y sus colegas señalaron que una de las razones por las que los alimentos altamente procesados son adictivos es porque pueden iniciar la liberación de dopamina en el sistema de recompensa del cerebro a niveles, comparables a la nicotina y el alcohol. (Gearhardt 2023).¹³

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2012)¹⁴ alerta de que la crisis económica, la soledad, algunos problemas de salud, la falta de apetito y la falta de energía para cocinar hacen que hasta una de cada cinco personas mayores que viven solas en sus hogares estén en riesgo de malnutrición. Es una realidad que hoy en día hay muchos adultos mayores que viven solos o con su pareja de su misma edad. Estos factores llevan a la compra de alimentos procesados y ultraprocesados, para mayor comodidad, y no tienen en cuenta que este tipo de alimentos suelen ser altos en grasas, azúcares y sodio, el consumo de estos alimentos tiene mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares¹⁵.

¹² El objetivo original se mantuvo en las ediciones subsiguientes: servir como texto completo autorizado y fuente de referencia acerca de la historia, bases científicas y prácticas de la nutrición para los estudiantes, médicos practicantes y educadores, 2002.

¹³ Ashley Gearhardt, profesora asociada de psicología en la Universidad de Michigan, y sus colegas elaboraron un cuestionario de 13 preguntas para determinar la prevalencia de la adicción a la comida entre adultos mayores. Se incluyó a 2163 participantes. Para identificar la adicción a la comida, los participantes debían presentar dos de los 11 síntomas característicos, así como reportar angustia relacionada con la alimentación. Además del 13% de los encuestados que cumplieron con los criterios de adicción a la comida, los investigadores encontraron que el 44% indicó al menos un síntoma.

¹⁴ Se incluyen 689 pacientes. Edad media 84,7 años. Sexo: 523 mujeres (75,9%). Proceden de su domicilio 527 (76,4%). Presentan deterioro cognitivo 527 (76,4%). Ambulación autónoma 579 (84%). Ambulación extradomiciliaria autónoma 393 (57%). Ambulación autónoma en el momento del alta 209 (30,3%). A los seis meses tienen autonomía para la ambulación 400 pacientes (71,4%). Las fracturas inestables que no permiten la carga están presentes en 148 (21,4%). Las variables que parecen influir en la pérdida de la capacidad de ambulación son las siguientes: presencia de problemática social ($p = 0,025$), residir previamente en una residencia, destino al alta a una residencia, presencia de deterioro cognitivo o demencia, tener edad más avanzada, o presentar un mayor deterioro funcional previo a la fractura (todas con una significación estadística $< 0,001$).

¹⁵ Uno de los factores es por la disminución de la actividad y el deterioro físico que sufren a lo largo de los años. (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2012)

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta un adulto mayor en alguna etapa de su vida. Aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre. Las consecuencias para la salud son fatales: sentirse aislado de los demás puede interrumpir el sueño, aumentar la presión arterial, incrementar el aumento matutino del cortisol, hormona del estrés, alterar la expresión génica de las células inmunitarias, aumentar los niveles de depresión y reducir el estado de bienestar subjetivo general. (Palacios Echevarria 2016)¹⁶

La salud mental influye en la salud física, y a la inversa. Los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última. (OMS, 2017)¹⁷

Las enfermedades cardíacas subyacentes más habituales sobre las que asienta la insuficiencia cardíaca en la persona mayor son la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial. Con el proceso de envejecimiento se producen en el corazón cambios tanto en el componente mecánico, hipertrofia de la pared posterior del ventrículo izquierdo, como en el sistema eléctrico cardíaco. La hipertensión arterial en la mayor parte de los casos tiene una patogenia compleja con alteraciones estructurales funcionales en las arterias que incluyen, la dificultad para excretar la carga de sodio y el aumento del tono vasomotor. (Bernardini 2022)¹⁸

Existen datos que evidencian de que la ingesta de sal alimentaria es la principal causa de hipertensión y de que una reducción del nivel de consumo de sal actual de aproximadamente 9 a 12 g/d, en la mayor parte de los países, al nivel recomendado de menos de 5 g/d disminuye la presión arterial. Una reducción adicional hasta 3 a 4 g/d tiene un mayor efecto y es necesario seguir teniendo en cuenta la posibilidad de metas de consumo de sal inferiores en la población. Los estudios de cohortes y los ensayos clínicos han demostrado que el menor consumo de sal se asocia con una reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Es una de

¹⁶ Alfonso J. Palacios Echeverría es Director del Instituto Latinoamericano de Investigación y Capacitación Administrativa. 2016. Costa Rica.

¹⁷ La OMS apoya la meta de los gobiernos de fortalecer y mejorar la salud mental de los adultos mayores y de basar los planes de acción y las políticas en estrategias eficaces.

¹⁸ Es esta la tercera edición de la obra Geriátría desde el Principio, un texto que se originó en la Facultad de Medicina de Salamanca en 2002 y que, con esta actualización, se adecua a las exigencias que hoy no plantea este campo del conocimiento clínico. Desde que apareció la versión anterior mucho se ha desarrollado el mundo de la atención y el cuidado de las personas mayores.

las medidas más rentables para mejorar la salud pública a escala mundial. En la Región de las Américas, hay una alta prevalencia de un consumo de sal superior a 9 g/d. Las fuentes de sal en el régimen alimentario varían enormemente en los diferentes países; en los países desarrollados, 75% de la sal procede de los alimentos procesados, mientras que en los países en desarrollo, como algunas zonas del Brasil, 70% de la sal se añade durante la cocción o en la mesa. Para reducir el consumo poblacional de sal en los países desarrollados, la industria alimentaria debe aplicar una reducción gradual y sostenida de la cantidad de sal añadida a los alimentos. Numerosos países de la Región de las Américas han iniciado programas de reducción de la sal. (Feng ; Campbell, Norm ; MacGregor, Graham . 2012)¹⁹.

Brown, 2014²⁰, reconoce que el sodio es un factor de riesgo para la hipertensión, que es un problema para muchos adultos mayores. Las mujeres 44%, más que los varones 19%, se mantienen por debajo de los 2300 mg diarios, quizá por una ingesta calórica menor, pero no más de 3% de los varones y mujeres de 71 años limitan su ingesta de sodio al consumo adecuado de 1200 mg. La alta ingesta de sodio es un factor de riesgo nutricional susceptible a los esfuerzos de prevención.²¹

Majid Ezzati (2021)²² OMS, aunque es sencillo diagnosticar la hipertensión ²³y relativamente fácil tratarla con fármacos de bajo costo, el estudio reveló importantes lagunas en el diagnóstico y el tratamiento. Alrededor de 580 millones de personas con hipertensión, el 41% de las mujeres y el 51% de los hombres, desconocían su afección porque nunca fueron diagnosticados. El estudio también indicó que más de la mitad de las personas, el 53% de las mujeres y el 62% de los hombres, con hipertensión, es decir, un total de 720 millones de personas, no recibían el tratamiento que necesitaban. La tensión arterial estaba controlada, es decir, los medicamentos mantenían eficazmente

¹⁹ Estudio observacional. Objetivo 9: Enfermedades no transmisibles y salud mental / Meta 3.8: Alcanzar cobertura universal de salud / Meta 3.4: Reducir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles. 2012

²⁰ El objetivo original se mantuvo en las ediciones subsiguientes: servir como texto completo autorizado y fuente de referencia acerca de la historia, bases científicas y prácticas de la nutrición para los estudiantes, médicos practicantes y educadores, 20014

²¹ Una percepción muy común es que los adultos mayores que viven solos comen mal. Las mujeres de 75 años o más ingieren menos proteínas y menos sodio que las que viven con otras personas; los varones de esa misma edad ingieren menos proteínas, β -carotenos, vitamina E, fósforo, calcio, zinc y fibra. Los varones y mujeres que viven solos no consumieron cantidades mayores de cualquiera de los 23 nutrientes examinados, no se incluyeron bebidas alcohólicas, que quienes vivían con alguien más. (Brown 2014)

²² Profesor de Salud Medioambiental Mundial en la Escuela de Salud Pública del Imperial College de Londres. Los datos se tomaron de 1201 estudios con 104 millones de participantes de 184 países de entre 30 y 79 años, con medición de la tensión arterial y datos sobre su tratamiento.

²³ Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg.(OMS, 2021)

la tensión arterial en intervalos normales, en menos de una de cada cuatro mujeres y uno de cada cinco hombres con hipertensión.

Estudios realizados en la población argentina muestran que un tercio de los hipertensos desconoce su condición. De aquellos diagnosticados, poco más de la mitad recibe tratamiento y, a su vez, solo la mitad de estos se encuentra con su PA controlada. Solo 1 de cada 5 hipertensos está adecuadamente controlado. Este fenómeno responde a diversas causas, siendo la incorrecta medición de la PA y la deficiente adherencia al tratamiento farmacológico, de las más relevantes. (Marín. et al, 2012)²⁴.

Como menciona Ferrante (2012)²⁵, una de las estrategias efectivas que recomienda la Organización Mundial de la Salud es la reducción de sal en la dieta, en función del costo que permite reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular en países en desarrollo.

Peña, et al (2015)²⁶ relaciona los estudios que realizó coincidiendo con otros estudios cualitativos realizados tanto en América Latina como en Europa. La falta de información sobre el sodio de los alimentos se da por el tamaño pequeño de la letra y la ubicación poco visible de la tabla en el envase. Además, se observaron problemas en la comprensión de la etiqueta, no sólo por el desconocimiento de los componentes, sino también en la lectura de los valores y el tamaño de la porción.

Múltiples estudios ponen de relieve la existencia de una relación directa entre ingesta de sodio, y relación sodio/potasio y aumento de la PA. El mecanismo responsable es, probablemente, la mayor retención de sodio y fluido en los vasos sanguíneos²⁷; como mecanismo alternativo se ha mencionado una mayor reactividad

²⁴ Citado en 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

²⁵ Se realizó un análisis de utilidad en función del costo, en términos del incremento en años de vida ajustados por la calidad (AVAC) que se produciría como efecto de la reducción de 3 g de sal por día. Esta reducción, estimada mediante modelos de simulación, se lograría gracias a la implementación de políticas tendientes a disminuir el contenido de sal en los alimentos procesados y la reducción de la cantidad de sal agregada por los consumidores (intervención), en comparación con la situación actual (sin intervención).

²⁶ Se efectuó un estudio cualitativo con diseño exploratorio-descriptivo. Participaron varones y mujeres mayores de 18 años. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales en tres zonas geográficas diferentes del país. 2015.

²⁷ El sodio atrae el agua; y una dieta alta en sodio agrega agua al flujo sanguíneo, lo cual puede aumentar el volumen de la sangre y posteriormente la presión sanguínea. La presión sanguínea alta (o hipertensión) es una afección que se da cuando la presión sanguínea se mantiene alta permanentemente. La hipertensión hace que el corazón trabaje más duro, y la alta potencia del flujo sanguíneo puede dañar las arterias y algunos órganos (como el corazón, los riñones, el cerebro y los ojos). La presión sanguínea alta sin controlar puede elevar el riesgo de ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, enfermedad renal y ceguera. Además, la presión sanguínea suele aumentar con la edad, por lo que cada año que pasa aumenta la importancia de limitar su ingesta de sodio. (FDA, 2021).

vascular. Está clara la influencia genética y del resto de los componentes de la dieta, pero es indudable que una reducción en la ingesta de sodio se asocia con una disminución de la PA y es una recomendación habitual para pacientes hipertensos. Ortega Anta, Rosa. et al (2016).²⁸

La hipercolesterolemia está asociada a enfermedades cardiovasculares en la población adulta mayor y a factores de riesgo. El envejecimiento como transformación social del siglo XXI constituye una situación epidemiológica relacionada con los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, se clasifican en modificables (hipertensión arterial, niveles elevados de colesterol, tabaquismo, obesidad) y no modificables (edad, sexo, antecedentes familiares). La enfermedad vascular tiene un origen multifactorial. Asimismo, los factores de riesgo cardiovasculares se potencian entre sí y se presentan frecuentemente asociados. Por tanto, para tomar la decisión clínica en el control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en ancianos no sólo debe considerarse la edad, sino también la esperanza de vida y la capacidad funcional. El tabaquismo potencia el riesgo de primer orden atribuible a la hipercolesterolemia, debido a que la nicotina es un potente vasoconstrictor coronario y tiene efecto estimulador de la agregación plaquetaria. Al igual que la presencia de hipertensión arterial y dislipidemia en un paciente adulto mayor multiplica exponencialmente las limitaciones funcionales. (Calderin, Villa, Murillo Pulgar. 2020)²⁹.

Se ha comprobado que la terapia dietética es útil no sólo para la prevención de la hipertensión arterial sino también para su tratamiento. Un tratamiento interdisciplinario de la hipertensión arterial involucra tanto la prescripción de terapia farmacológica como también de dietas modificadas, a fin de que ciertos nutrientes sean provistos, debido a que se conoce científicamente que guardan relación directa con la etiología y tratamiento de la hipertensión arterial como es el caso del sodio y el potasio. Dietas como la dieta DASH,³⁰ que tiene muchos puntos de conexión con la dieta mediterránea,³¹

²⁸ Búsqueda bibliográfica en relación con el tema.

²⁹ Se realizó un estudio de revisión bibliográfica mediante la consulta sistemática de artículos y libros publicados en bases de datos electrónicos. (Calderin. O. C, Villa. K. F, Murillo Pulgar. T.J. 2020).

³⁰ La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) consiste en recomendaciones indicadas por la Asociación Americana del Corazón (AHA), que tienen como objetivo disminuir la PA y la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Estas recomendaciones consisten en un alto consumo de frutas, verduras, legumbres y lácteos descremados, y un bajo consumo de sodio, carnes rojas y productos procesados ricos en azúcares, sal y harinas refinadas. Es similar a la dieta mediterránea, pero se diferencia en que la última también prioriza aumentar el consumo de grasas mono-insaturadas (aceite de oliva y frutos secos), beber vino tinto en forma moderada, y no enfatiza el consumo de lácteos descremados. (Giovanna .V, Tagle. R, Acevedo. M. 2015)

³¹ Juegan un papel fundamental en la prevención de enfermedades crónicas, además, la DM se ha relacionado con una mayor adecuación de nutrientes tanto en estudios observacionales como

brindan una serie de recomendaciones que promueven la reducción de presión arterial, las cuales son factibles y fáciles de alcanzar, y conjuntamente con la modificación en estilos de vida, actividad física, regulación de la ingesta de alcohol, etc, logra mejoría en la condición del paciente hipertenso. Programas de educación nutricional deben promoverse no sólo para el tratamiento de la hipertensión arterial, sino también para su prevención, de modo que desde edades tempranas los niños y jóvenes adopten estilos de vida y dietas saludables que prevengan la aparición de enfermedades crónicas. (Esquivel Solís. & Jiménez Fernández 2010)³².

Estudios actuales revelan que una mayor ingesta de azúcar libre se asoció con una mayor incidencia de ECV y mayores concentraciones de triglicéridos en todas las lipoproteínas. Una mayor ingesta de fibra y la sustitución del almidón de cereales refinados y los azúcares libres por almidón de cereales integrales y azúcares no libres, respectivamente, pueden ser protectores contra la ECV incidente (Kelly, Tong, Watling, et al., 2023)³³

Según la Fundación interamericana del Corazón Argentina (2016)³⁴ está demostrado que las políticas para reducir el contenido de sodio de los alimentos procesados³⁵ son una manera eficaz para proteger la salud y prevenir las enfermedades cardiovasculares. Por cada gramo menos de sal en la dieta, se podrían prevenir hasta

de intervención. La DM admite moderadas a bajas cantidades de alimentos animales, parece surgir como un patrón dietético que podría abordar tanto las preocupaciones ambientales como las de salud. (Esquivel Solís. V & Jiménez Fernández M., 2010)

³² Licenciada en Nutrición. Profesora investigadora en la Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Bachiller en Nutrición. Facultad de Medicina. Recibido 13 mayo 2009 Aprobado 20 febrero 2010.

³³ Se incluyeron un total de 110.497 participantes del *UK Biobank* con \geq dos (máximo cinco) evaluaciones dietéticas de 24 horas que no tenían ECV ni diabetes al inicio del estudio. Se utilizaron regresiones de Cox con ajuste multivariable para estimar los riesgos de ECV total incidente (4188 casos), cardiopatía isquémica (IHD; 3138) y accidente cerebrovascular (1124) por ingesta de carbohidratos durante una mediana de seguimiento de 9,4 años, y el efecto de sustituciones dietéticas modeladas. Las asociaciones de la ingesta de carbohidratos con los triglicéridos plasmáticos dentro de las subclases de lipoproteínas medidas mediante espectroscopia de resonancia magnética nuclear (RMN) se examinaron en 26 095 participantes con mediciones de espectroscopia de RMN de referencia.

³⁴ FIC Argentina realizó una investigación sobre 1320 productos de las principales marcas presentes en el país con el objetivo de relevar el contenido de sodio informado en los rótulos nutricionales

³⁵ El Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, a través del equipo de Nutrición y Educación Alimentaria de su Dirección de Agroalimentos, participa activamente desde 2010 en la iniciativa "Menos Sal, Más Vida" que apunta a reducir el consumo de sodio de la población a través de diversas acciones. Es coordinada por el Ministerio de Salud de la Nación y cuenta con la participación de otros organismos públicos, cámaras y empresas de la industria de alimentos y bebidas. Ya son más de 60 las empresas de alimentos comprometidas con la iniciativa a través de la firma de Convenios Marco Voluntarios y Progresivos con ambos Ministerios, lo que implica más de 500 productos en proceso de modificación para obtener alimentos con menor concentración de este mineral, imprescindible para la vida pero perjudicial si es consumido en exceso. (Moreno. C, 2013).

2.000 muertes de origen cardiovascular y aproximadamente unos 20.000 eventos cardiovasculares al año. Según datos del Ministerio de Salud se estima que una reducción de 3g en la ingesta total de sal podría prevenir alrededor de 6.000 muertes en la población argentina.

La aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene edulcorantes y cafeína no recomendado para niños/as, cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio. Para ayudar a la población de la Región a cumplir con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y protegerla contra los principales factores de riesgo que perjudican su salud y desarrollo, el objetivo regulatorio del etiquetado frontal debe ser que los consumidores puedan identificar correcta, rápida y fácilmente los productos que contienen edulcorantes y cafeína no recomendado para niños/as, cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio. (OPS, 2020)³⁶

Carballo Herrera, et (2012)³⁷ citó que la etiqueta, lejos de ser solo el medio publicitario que invita al comprador a consumir el producto contenido en un sinnúmero de envases llamativos y sugestivos, además, debe ser vista como uno de los medios de control de la seguridad de los alimentos. La OMS y la FAO, en unión con la comisión del Codex Alimentarius, elaboraron un compendio de normas alimentarias, directrices, código de práctica y etiquetado, con el objetivo de proteger la salud de los consumidores a nivel mundial y asegurar prácticas equitativas en el comercio de alimentos, medicamentos, entre otros.

En el 2009, Argentina comenzó a celebrar acuerdos voluntarios para disminuir el contenido de sal y sodio del pan en un 25%. Posteriormente, en el 2011, como parte de la campaña nacional titulada "Menos sal, más vida"³⁸, se celebraron acuerdos voluntarios con la industria alimentaria con el fin de disminuir el contenido de sal y sodio de cuatro categorías de alimentos: los productos cárnicos y sus derivados; las galletas,

³⁶ El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. OPS 2020.

³⁷ Investigación & Desarrollo. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Desarrollo Humano. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion>. Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). 2012. Es una publicación semestral, interdisciplinaria en Ciencias Sociales, que pone al alcance de la comunidad científica nuevas perspectivas y potencialidades de la investigación en el campo del desarrollo humano.

³⁸ Ministerio de Salud de Argentina. Menos sal, más vida. Buenos Aires; Ministerio de Salud.

los productos de panadería y los refrigerios o aperitivos; los productos lácteos, incluida una amplia variedad de tipos de queso; y las sopas, los aderezos y las conservas. Posteriormente, en Argentina se aprobaron una ley y una reglamentación con el fin de disminuir la ingesta de sodio en la población, en el 2013 y el 2017, respectivamente³⁹. En la primera etapa se lograron reducciones del contenido de sal y sodio de los alimentos de entre 5% y 18%. Actualmente, Argentina está iniciando la segunda etapa del plan para reducir el contenido de sal y sodio de los productos envasados. OPS, lanzó nuevas metas para ayudar a los países de las Américas a disminuir el consumo de sal en la población a través de la reformulación de productos procesados y ultraprocesados, de donde proviene la mayor parte del sodio consumido en la dieta. (OPS, 2021)⁴⁰.

Los países acordaron reducir el consumo mundial de sal en un 30% para el 2025, pero la pandemia por COVID-19 ha empeorado la situación al crear nuevos desafíos para la prevención y control de los factores de riesgo debido a los confinamientos y cambios significativos en los estilos de vida, incluyendo un aumento en el consumo de productos no saludables, afirmó Anselm Hennis. 2021⁴¹.

En comparación con la prevención y el tratamiento farmacológico de las enfermedades cardiovasculares, el ejercicio desempeña principalmente un papel sistemático en la protección cardiovascular al activar el mecanismo de protección endógeno del cuerpo, lo que convierte al ejercicio en un medio rentable, seguro, placentero y efectivo para promover la salud cardiovascular. El ejercicio regula el sistema cardiovascular al reducir el estrés oxidativo y la inflamación crónica, regular la sensibilidad a la insulina cardiovascular y el metabolismo del cuerpo, promover la movilización de células madre, fortalecer la autofagia y la función mitocondrial del miocardio y mejorar la resistencia al daño cardiovascular, entre otros efectos. La intervención adecuada del ejercicio se ha convertido en una terapia adyuvante esencial en la práctica clínica para el tratamiento y rehabilitación de diversas enfermedades

³⁹ Senado y Cámara de Diputados de Argentina. Ley 26.905: Ley de reducción del consumo de sodio. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2013. Ministerio de Salud de Argentina. Reglamentación de la ley 26.905 sobre promoción de la reducción del consumo de sodio en la población Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2017.

⁴⁰ OPS lanza nuevas metas para reducir el consumo de sal en la población y prevenir enfermedades cardiovasculares. 2020.

⁴¹ Director de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS. La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres. Las metas establecen reducciones graduales del contenido de sodio en alimentos envasados frecuentemente consumidos, algo que contribuirá a disminuir la ingesta de sal a menos de 5 gramos diarios por persona recomendados por la OMS.

cardiovasculares. El uso de la multiómica para explicar más a fondo el proceso molecular que subyace a los efectos positivos del ejercicio sobre la salud cardiovascular no sólo mejorará nuestra comprensión de los efectos del ejercicio sobre la salud, sino que también establecerá una base científica y proporcionará nuevas ideas para prevenir y tratar las enfermedades cardiovasculares mediante la activación de los mecanismos endógenos. Mecanismos protectores del cuerpo y sugiriendo prescripciones de ejercicio más específicas para la rehabilitación cardiovascular. (Wang, et al, 2022)⁴²

Los adultos mayores están en una etapa en la que pueden seguir construyendo y desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos. Esta mirada implica dejar de ver a los mayores como frágiles y vulnerables, para reconocerlos como ciudadanos activos que siguen construyendo al crecimiento económico, producen y consumen bienes y servicios, que realizan aportes a la familia y a la sociedad, y poseen derechos y responsabilidades. Dependiendo de la concepción de envejecimiento y de salud que se considere resultará el modo de percibir a los adultos mayores. El término envejecimiento activo fue presentado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como una ampliación del envejecimiento saludable, ya que valoriza factores sociales, educativos, laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones. El concepto de activo conlleva actividades socialmente productivas y gratificantes, implica reconocer las capacidades de las personas, aun cuando se pierdan algunas habilidades, el envejecimiento con derechos reconoce que los derechos humanos son universales y, por lo tanto, independientes de raza, religión, sexo o edad. (Gacón & Lombardi, 2007)⁴³

El Envejecimiento Saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante (Díaz González. 2021)⁴⁴.

⁴² Wang, B.; Gan, L.; Deng, Y.; Zhu, S.; Li, G.; Nasser, M.I.; Liu, N.; Zhu, P. Instituto Cardiovascular de Guangdong, Hospital Popular Provincial de Guangdong, Academia de Ciencias Médicas de Guangdong, Guangzhou 510100, China. Laboratorio clave provincial de Guangdong de patogénesis, prevención y tratamiento específicos de enfermedades cardíacas, Guangzhou 510640, China.

⁴³ Gascón S & Lombardi M (2007). Salud de los mayores N°10 maestría en servicios de gerontología. instituto universitario ISALUD. Centro académico interdisciplinar, abierto y plural de producción de conocimientos., difusión docencia y extensión cuyo objetivo es producir conocimientos y herramientas de gestión vinculadas a cubrir las necesidades de las personas mayores, promover la investigación en temas de envejecimiento, longevidad, salud y servicio sociales, diseñar e implementar modalidades de gestión innovadoras.

⁴⁴ Tras examinar el proyecto de propuesta de la Década del Envejecimiento Saludable en la 146.ª reunión del Consejo Ejecutivo, celebrada en febrero, la Secretaría ha incorporado las observaciones de los Estados Miembros y ha tenido en cuenta los comentarios de los agentes

El envejecimiento saludable requiere de un aprendizaje a lo largo de toda la vida, que permita a las personas mayores hacer lo que valoran, conservar la capacidad de tomar decisiones y conservar su identidad e independencia, así como sus metas vitales. Todo ello exige alfabetización, capacitación y espacios de participación sin obstáculos, en particular en el ámbito digital (OMS 2021).⁴⁵

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas. Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar; hay quienes plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes. Aunque quizá algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con “la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados”. Los

no estatales para la ultimación del documento. La propuesta de la Década se examinará, para su refrendo por los Estados Miembros, en la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2020. El documento puede consultarse en los seis idiomas oficiales de la Organización pulsando en los enlaces.

⁴⁵ La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020, es la principal estrategia para lograr y apoyar acciones para construir una sociedad para todas las edades. Se basa en orientaciones anteriores, como la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, el Plan de Acción Internacional de Madrid de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas.

cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo elevado (OMS, 2015).⁴⁶

⁴⁶ Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.



MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio a realizar es de enfoque cuantitativo, no experimental ya que se tendrá en cuenta la información sobre el contenido de sodio de los alimentos, estado nutricional y hábitos alimentarios en personas mayores con enfermedad cardiaca sin manipular ninguna variable.

El presente trabajo de investigaciones de tipo descriptivo y de corte transversal, es descriptivo ya que se busca especificar propiedades y características de las variables desarrolladas. De corte transversal porque se recopilan datos en un único momento dado.

La población de estudio son todas las personas mayores de 60 años que concurren a un centro público en la ciudad de Laprida en el año 2023.

La unidad de análisis estará compuesta por cada uno de las personas mayores de 60 años que concurren al centro público, en la ciudad de Laprida en el año 2023, la muestra de 20 es no probabilística por conveniencia.

Las variables del presente estudio se detallan a continuación:

- Edad
- Sexo
- Nivel de escolaridad alcanzado
- Antecedentes familiares
- Peso
- Talla
- Circunferencia de cintura
- Estado Nutricional
- Presencia de enfermedad crónica no transmisible
- Tipo de enfermedad cardiaca diagnosticada
- Presencia de tratamiento para su enfermedad cardiaca
- Grado de adherencia al tratamiento
- Factores de Riesgo Cardiovasculares
- Hábito de fumar
- Tipo, duración y frecuencia de actividad física.
- Hábitos alimentarios.
- Frecuencia de consumo de alimentos.
- Información sobre el contenido de sodio de los alimentos por grupos.
- Consumo de alimentos bajos en Sodio y Light
- Frecuencia de agregado de sal a las comidas.
- Interés y frecuencia en la lectura de rótulos alimentarios
- Comprensión de rótulo
- Presencia de plan nutricional
- Hábitos incorporados tras el diagnóstico de enfermedad cardiaca.

A continuación, se presenta el consentimiento informado a los pacientes cardíacos del Centro en la ciudad de Laprida durante el 2023.

La presente investigación es realizada por Camila Pecaut, estudiantes de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA, como parte de la tesis de grado. Con el fin de identificar, el grado de información sobre el contenido de sodio de los alimentos, estado nutricional y hábitos alimentarios en personas mayores con enfermedad cardíaca que asisten al centro público en la ciudad de Laprida, en el año 2023. Les tomará como máximo 15 minutos responder esta encuesta. Los datos recabados serán confidenciales y su identidad no será revelada, la misma será utilizada únicamente con fines académicos, sin presentar riesgo alguno para usted. Se garantiza el secreto estadístico y confidencialidad brindada por los 20 encuestados, exigido por la ley. Como la encuesta se realizar on line si usted la responde es que da su consentimiento.

Para clasificar el IMC y la Circunferencia de Cintura se tuvo en cuenta la clasificación de OMS.

Cuadro1: Valores de circunferencia de cintura según OMS.

Evaluación	Parámetro	
	Mujeres	Hombres
Normal	Menor 80	Menor 94
Riesgo elevado	80-87,9	94- 101,9
Riesgo muy elevado	Igual o mayor 88	Igual o mayor 102

Fuente: OMS

Cuadro 2: Clasificación de IMC para personas de 60 a 64,9 años

DESCRIPCIÓN	IMC
Bajo Peso	< 18,5
Normopeso	18,5- 24,9
Sobrepeso	25- 29,9
Obesidad grado I	30- 34,5
Obesidad grado II	35- 39,9
Obesidad grado III	>40

Fuente: La Organización Mundial de la Salud (OMS)

Cuadro 3: Clasificación de IMC para mayores de 65 años

DESCRIPCIÓN	IMC
Desnutrición severa	<16
Desnutrición moderada	16.1- 18,4
Bajo peso	18,5- 22
Normal	22,1 - 29,9
Sobrepeso	30-34,9
Obesidad tipo I	35- 39,9
Obesidad tipo II	35- 39,9
Obesidad tipo III	>40

Fuente: La Organización Mundial de la Salud (OMS)



RESULTADOS

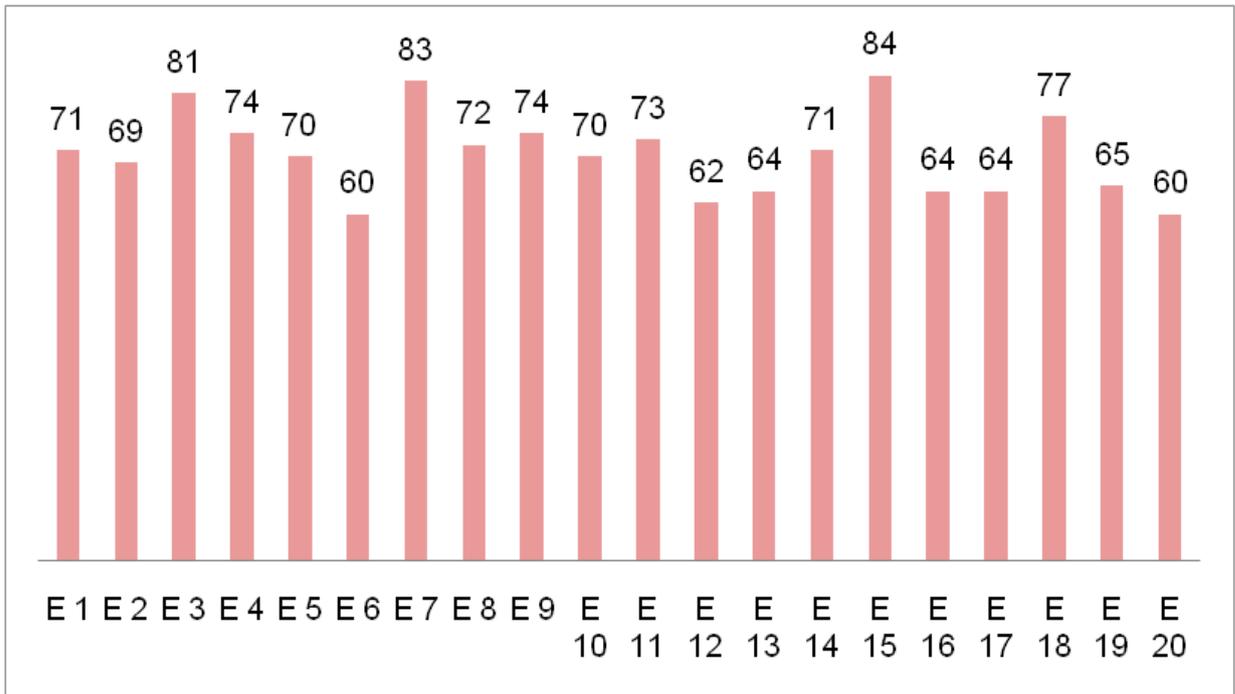
A partir de la recolección de datos se obtuvieron los siguientes resultados.

La muestra está comprendida por 20 personas mayores con diagnóstico de enfermedad cardiaca que asisten al Centro público en la ciudad de Laprida.

En primer lugar se indago sobre la edad y el sexo de los encuestados.

Gráfico 1: Edad de los pacientes

(n:20)

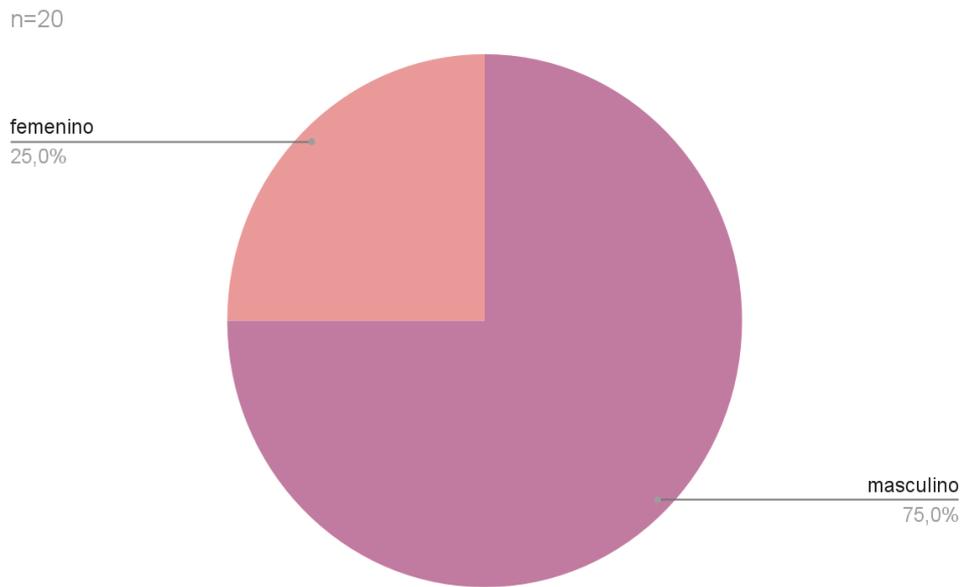


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

E: Encuestado

Las edades de los pacientes están comprendidas entre 60 años a 84 años.

Gráfico 2: Sexo de los encuestados

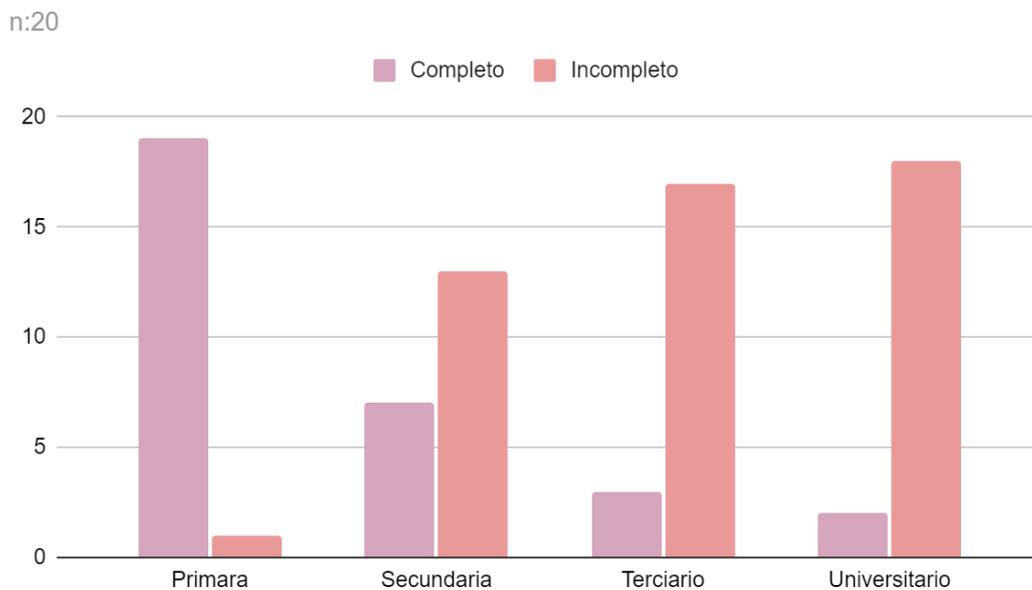


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

El 75% pertenece al sexo Masculino y el 25% al sexo femenino.

También se les consulto sobre el nivel de escolaridad alcanzado y se pudo observar:

Gráfico 3: Nivel de educación alcanzado



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

De los 20 pacientes encuestados 95% tenían el nivel primario completo, solo un 5% lo tiene incompleto; el nivel secundario el 35% lo tenía completo y el 65% incompleto, nivel terciario el 15% y nivel universitario el 10%. Se pudo observar que la mayoría tenía solo primaria completa.

Con la medición del peso, la talla y la circunferencia de cintura, se calculó el IMC para diagnosticar el estado nutricional del paciente y el riesgo de enfermedad cardiaca de acuerdo a su circunferencia de cintura.

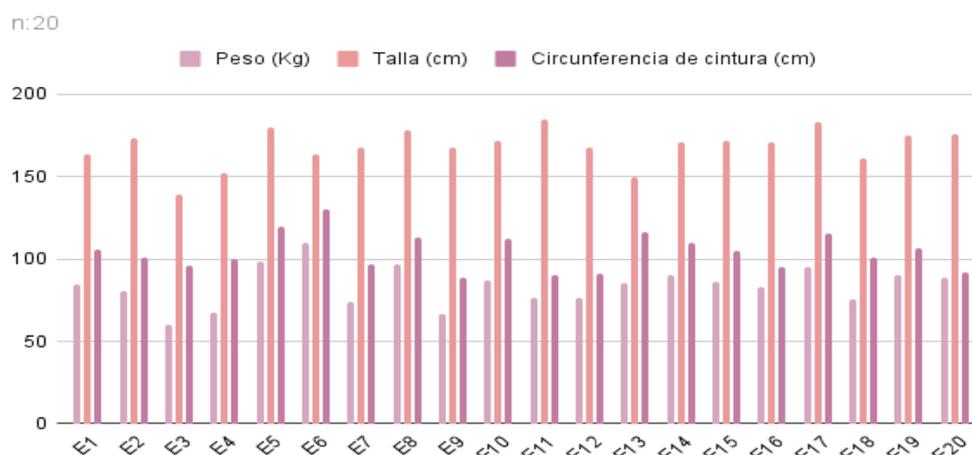
Tabla 1: Datos antropométricos de los encuestados (n=20)

Unidad de análisis	Sexo	Edad	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC	Clasificación IMC	CC	Clasificación CC
UA1	M	71	84,8	163,5	31,7	Sobrepeso	106	Riesgo muy elevado
UA2	M	69	80,3	173	26,8	Normal	101	Riesgo elevado
UA3	F	81	60,2	139	31,1	Sobrepeso	96	Riesgo elevado
UA4	F	74	67,5	152,5	29,2	Normal	100	Riesgo muy elevado
UA5	M	70	98,2	180	30,3	Sobrepeso	120	Riesgo muy elevado
UA6	F	60	110	164	40,8	Obesidad III	130	Riesgo muy elevado
UA7	M	83	74	168	26,2	Normal	97	Riesgo elevado
UA8	M	72	97	178	30,6	Sobrepeso	113	Riesgo muy elevado
UA9	M	74	66,5	167,5	23,7	Normal	89	Normal
UA10	M	70	87	171,5	29,57	Normal	112	Riesgo muy elevado
UA11	M	73	76,5	185	22,3	Normal	91	Normal
UA12	M	62	76,5	167,5	27,2	Sobrepeso	91	Normal
UA 13	F	64	85,7	149,5	38,3	Obesidad II	116	Riesgo muy elevado
UA 14	M	71	90,7	171	31,0	Sobrepeso	110	Riesgo muy elevado
UA 15	M	84	86	172	29,06	Normal	105	Riesgo muy elevado
UA16	M	64	82,7	171	28,2	Sobrepeso	95	Riesgo elevado
UA 17	M	64	95,2	183	28,4	Sobrepeso	115,5	Riesgo muy elevado
UA 18	F	77	76	161	29,3	Normal	101	Riesgo muy elevado
UA 19	M	65	90	175	29,38	Normal	107	Riesgo muy elevado
UA 20	M	60	89	176	28,7	Sobrepeso	92	Riesgo elevado

Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Según la clasificación de la OMS y los datos obtenidos del peso, la talla y circunferencia de cintura, se calcula el IMC que es el peso dividido la talla al cuadrado. De acuerdo al IMC y su edad se determina el estado nutricional en: bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. Y con la circunferencia de cintura se clasifica el riesgo de enfermedad cardiaca.

Gráfico 4: Peso (Kg), Talla (cm), CC (cm)



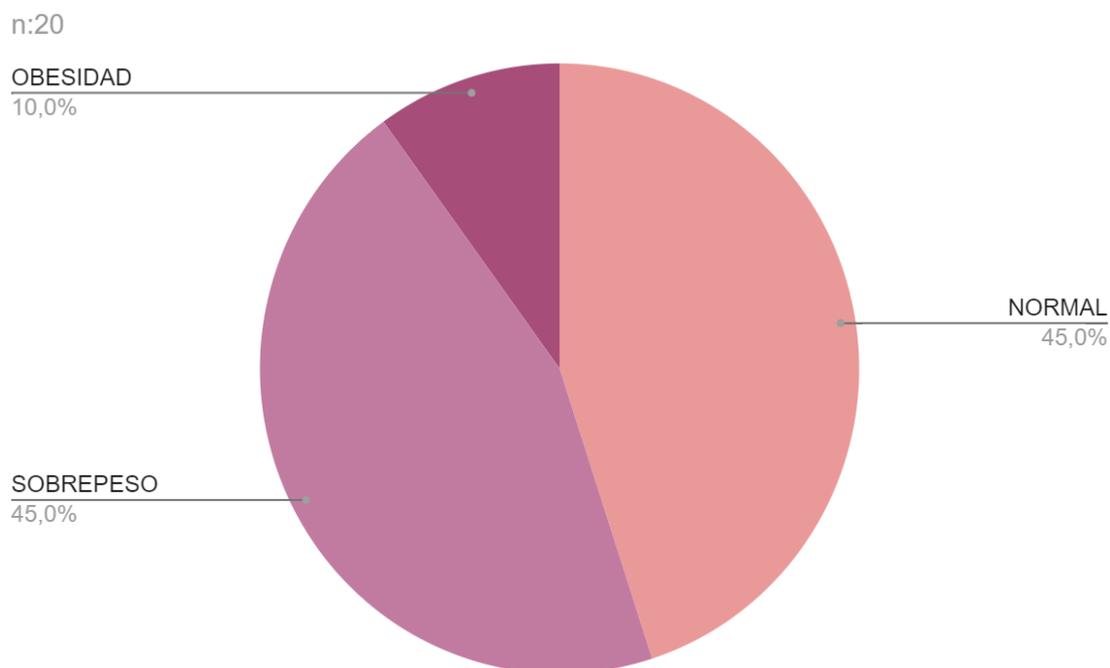
Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Los pesos de los pacientes varían desde 60Kg a 110Kg. El promedio fue de 78,8 Kg y el peso modo es de 76,5 Kg. La talla de los pacientes varía de 139 cm a 185 cm. La talla promedio fue de 168,4 cm y la talla modo es 167,5cm y 171cm. A través de la medición de circunferencia de cintura y según los criterios de la OMS, se observó que un 60% riesgo muy elevado, el 25% presenta riesgo elevado y un 15% no presenta riesgo cardiovascular, la mayoría de los pacientes tienen cc muy elevada, lo que aumenta el riesgo cardiovascular.

La circunferencia de cintura proporciona información tanto independientemente como adicional al IMC para predecir la morbilidad y el riesgo de mortalidad, así como el IMC por sí solo no es suficiente para evaluar o manejar adecuadamente el riesgo cardiometabólico asociado con el aumento de la adiposidad en adultos (Ross. R., et. al. 2020⁴⁷). Por esto se evalúan estas dos medidas en los pacientes para un correcto diagnóstico y tratamiento.

⁴⁷ Los términos de la asignatura son: prevención de enfermedades cardiacas, obesidad, síndrome metabólico y determinar marcadores predictivos.

Gráfico 5: IMC de los pacientes y diagnóstico

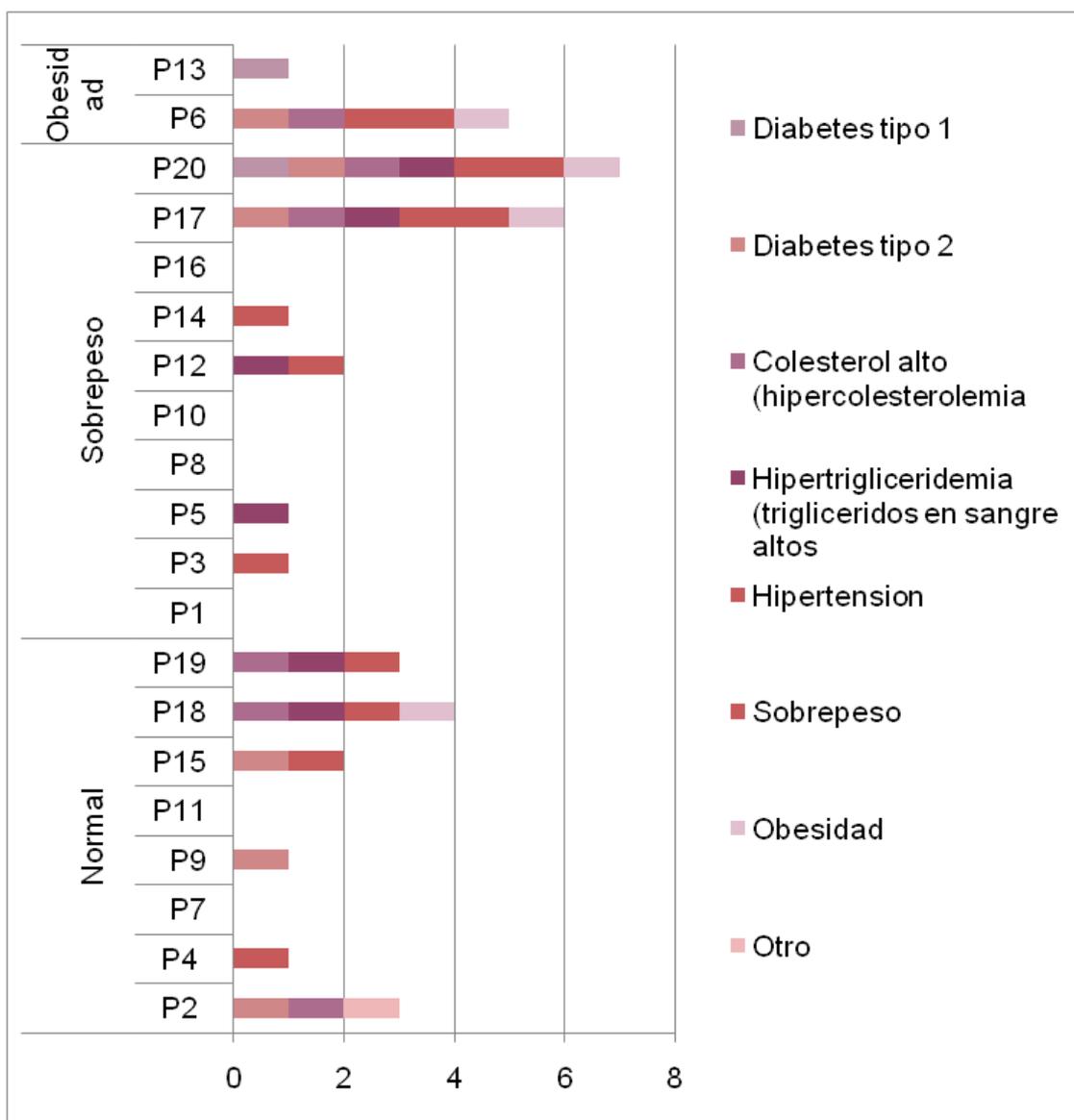


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

En esta investigación se clasificó el estado nutricional de los pacientes, con los criterios de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de sobrepeso es de 45% y de obesidad un 10%, mientras un 45% son normopeso.

Además del estado nutricional de los pacientes se tuvo en cuenta los antecedentes familiares y las patologías preexistentes de cada uno de los encuestados.

Gráfico 6: Antecedentes familiares



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Muchos de los encuestados desconocían la información completa de sus antecedentes, igualmente un 65% respondió tener antecedentes familiares y un 35% de los pacientes no tenían antecedentes familiares con respecto a las enfermedades anteriormente nombradas. Se pudo observar que los pacientes con más antecedentes familiares.

Tabla 2: Datos antropométricos de antecedentes familiares y patologías preexistentes

(n=20)

	DM 1		DM 2		Hipercolesterolemia		Hipertrigliceridemia		Hipertensión		Insulinorresistencia	
	Pre	Ant f	Pre	Ant f	Pre	Ant f	Pre	Ant f	Pre	Ant f	Pre	Ant f
P2 N												
P4 N												
P7 N												
P9 N												
P11 N												
P15 N												
P18 N												
P19 N												
P1 S												
P3 S												
P5 S												
P8 S												
P10 S												
P12 S												
P14 S												
P16 S												
P17 S												
P20 S												
P6 O												
P13 O												

Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

P: Pacientes

DM1: Diabetes tipo 1

DM2: Diabetes tipo 2

Ant f: Antecedentes familiares

Pre: Patologías preexistentes

En gris: SI

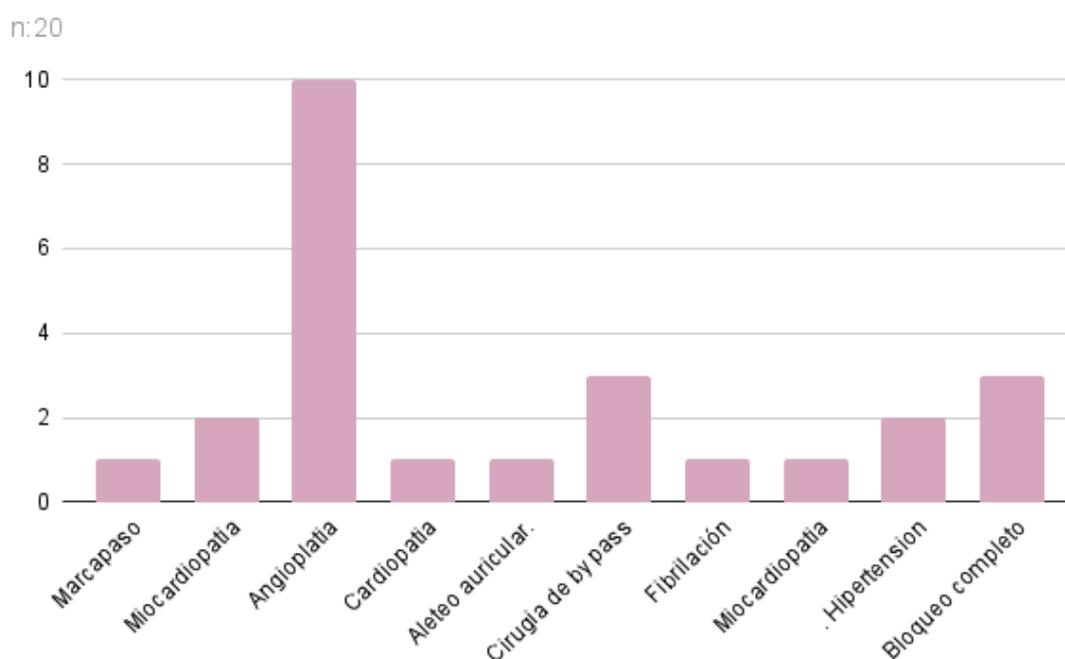
Rosa: No

Se pudo observar que el 20% de los pacientes con sobrepeso, tiene antecedentes familiares. Los pacientes con obesidad un 5% tiene antecedentes de obesidad y un 15% tiene antecedentes de obesidad y los mismos tienen sobrepeso. Por otra parte los pacientes que tienen hipercolesterolemia poseen antecedentes familiares. No se encuentran pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo1. Un 10% de los pacientes tiene Diabetes tipo 2 pero solo uno de ellos tiene antecedentes familiares, un 20% de los pacientes encuestados tienen antecedentes de Diabetes tipo 2 pero ellos no la padecen.

Un 10% de los pacientes tienen Insulinoresistencia y solo uno de ellos tiene antecedentes familiares. Un 5% de los pacientes padece enfermedad renal sin antecedentes. Un 20% de los pacientes con Hipertrigliceridemia tienen antecedentes familiares. El 100% de los pacientes tienen Enfermedad Cardíaca. El 95% de los pacientes tiene uno o más de los factores de riesgo asociado a enfermedad cardíaca.

Al interiorizar sobre el tipo de diagnóstico de enfermedad cardíaca se observó:

Gráfico 7: Tipo de enfermedad cardíaca diagnosticada



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Las patologías cardíacas diagnosticadas más frecuentes en la muestra son: Angioplastia coronaria 50%, Bloqueo completo de rama izquierda 15% en algunos pacientes tienen esta enfermedad cardíaca y además Hipertensión grado 2 10%. En menos pacientes Miocardiopatía dilatada, Enfermedad coronaria, Cirugía de by pass coronario en un 10%, y en un 5% Marcapaso, Cardiopatía isquémica, Aleteo auricular, Fibrilación auricular paroxística, Miocardiopatía hipertensiva.

Al indagar a los pacientes si realizan tratamiento para su enfermedad, todos afirmaron que si lo hacen, y detallaron el tipo de tratamiento que realizan.

Tabla 3: Tipo de tratamiento que realizan

(n= 20)

Unidad de análisis	TIPO DE TRATAMIENTO QUE REALIZAN
UA 1	Actividad física, Medicación.
UA 2	Actividad física, medicación, alimentación sin sal.
UA 3	Actividad física, medicación, dieta sin sal.
UA 4	Actividad física, medicación para presión y colesterol, dieta sin sal
UA 5	Actividad física, medicación aspirina.
UA 6	Actividad física.
UA 7	Actividad física, medicación dieta baja en sodio,
UA 8	Actividad física, medicación, dieta sin sal
UA 9	Actividad física programada, medicación, dieta sin sal
UA 10	Actividad física, dieta sin sal, sin azúcar, medicación
UA 11	Actividad física, medicación
UA 12	Actividad física, medicación dieta sin sal.
UA 13	Actividad física, medicación, dieta hipocalórica y sin sal
UA 14	Actividad física dieta sin sal, medicación
UA 15	Actividad física, medicación, dieta sin sal
UA 16	Actividad física programada, medicación, alimentación hipocalórica.
UA 17	Actividad física, medicación y Dieta sin sal y baja en azúcar.
UA 18	Medicamento, dieta sin sal, y ejercicio físico.
UA 19	Actividad física, medicación, y dieta baja en sal
UA 20	Actividad física, medicación, alimentación baja en sodio y en grasa

Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Nube de palabras 1: Tipo de tratamiento que realizan

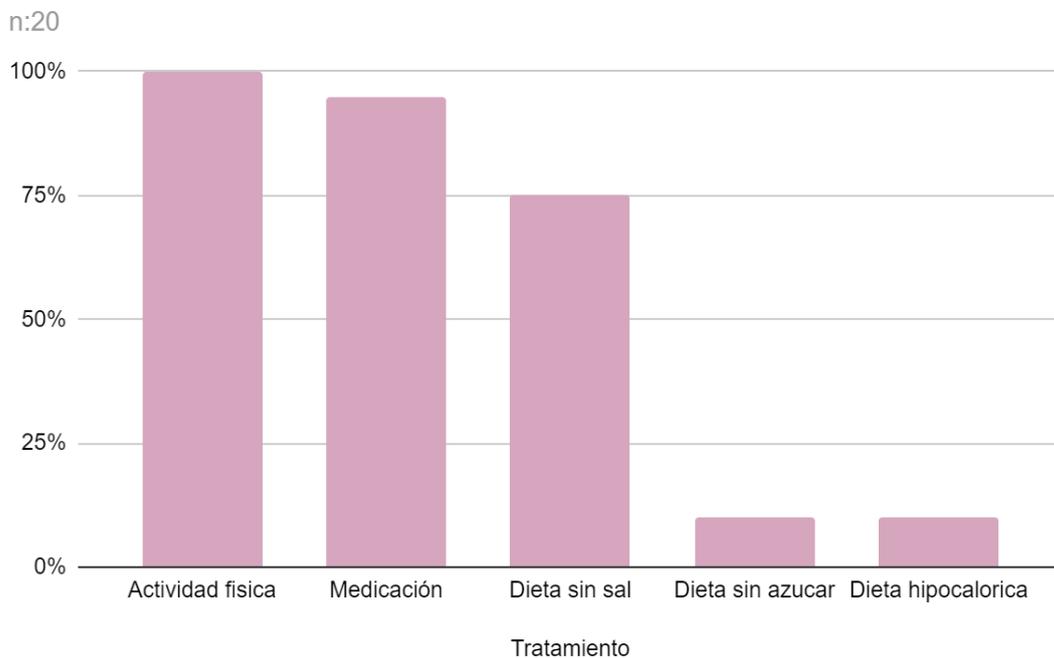
(n=20)



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Al indagar acerca del tipo de tratamiento que realizan todos respondieron actividad física programada, la mayoría medicación, algunos dieta baja en sodio, y pocos contestaron dieta baja en azúcar y dieta baja en calorías.

Gráfico 8: Tipo de tratamiento

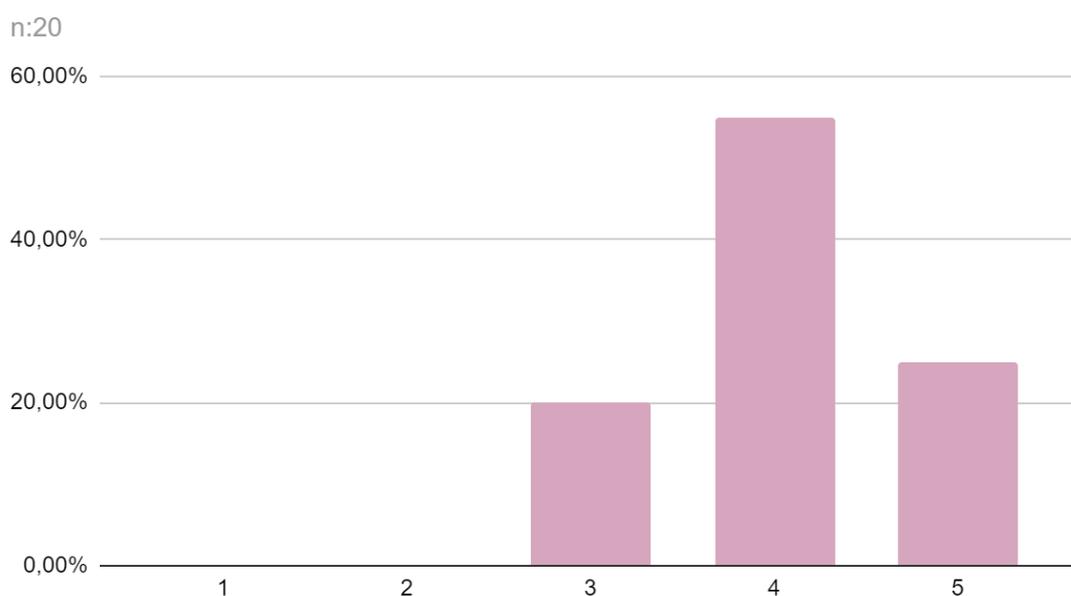


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Cuando se les preguntó qué tratamiento hacían respondieron el 100% Actividad física, el 95% medicación, el 75% Dieta sin sal, un 10% dieta sin azúcar, un 10% dieta hipocalórica.

A continuación se consultó sobre el cumplimiento del tratamiento mencionado en las respuestas anteriores:

Gráfico 9: Cumplimiento del tratamiento (1 nada y 5 total)

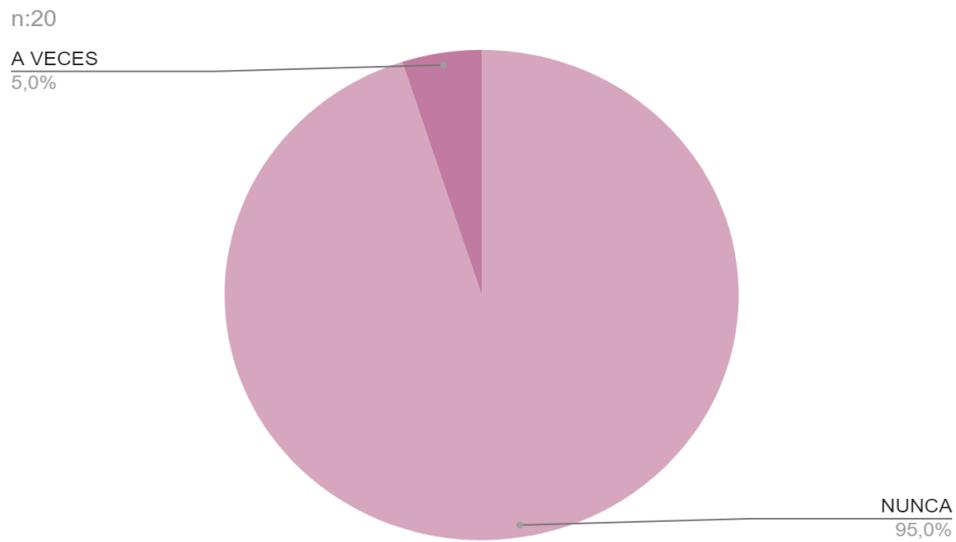


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Se les indicó que elijan numeración del 1 al 5 respecto al cumplimiento del tratamiento siendo 1 “nada de cumplimiento” y 5 “total el cumplimiento” del tratamiento para su enfermedad cardiovascular. El 55% se calificó con un 4 porque consideraban que el tratamiento de medicación y actividad física lo cumplían al 100%, pero no así la indicación de dieta hipocalórica y dieta sin sal. El 25% enumeró su cumplimiento con un 5 con un total de indicaciones cumplidas, y un 20%, se calificó con un 3 ya que consideraban que no cumplían bien con la dieta baja en sodio y baja en grasas, y además, les costaba asistir al centro a realizar ejercicio físico.

También se consultó a los encuestados sobre aquellos hábitos considerados de riesgo tras el diagnóstico de enfermedad cardíaca.

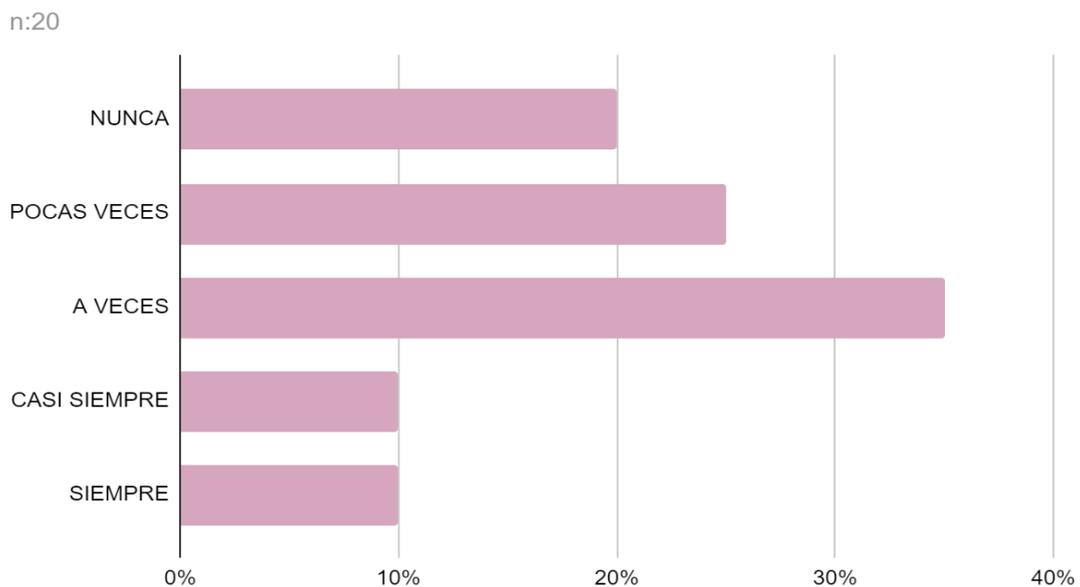
Gráfico 10: Frecuencia de hábito de fumador



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

El 95% de los pacientes nunca fuma, solo 5% fuma a veces, de 1 a 5 cigarrillos por día. Algunos de los encuestados declaran que, antes de su diagnóstico de enfermedad cardiaca, fumaban.

Gráfico 11: Frecuencia de consumo de alcohol

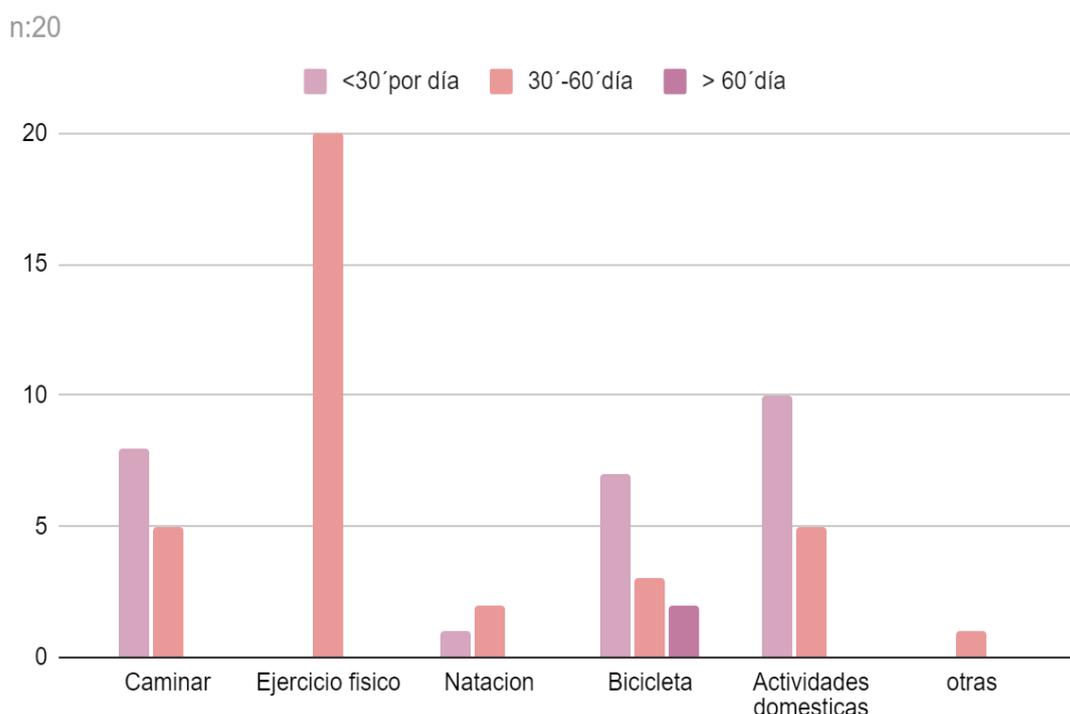


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

El 35% de los pacientes a veces consumen alcohol, ocasionalmente un fin de semana o alguna reunión con familiares y amigos, el 25% pocas veces, el 20% nunca toman alcohol de este porcentaje la mayoría son mujeres, un 10% siempre, un 10% casi siempre consumen alcohol.

Al examinar tipo de actividad física y tiempo destinado, respondieron:

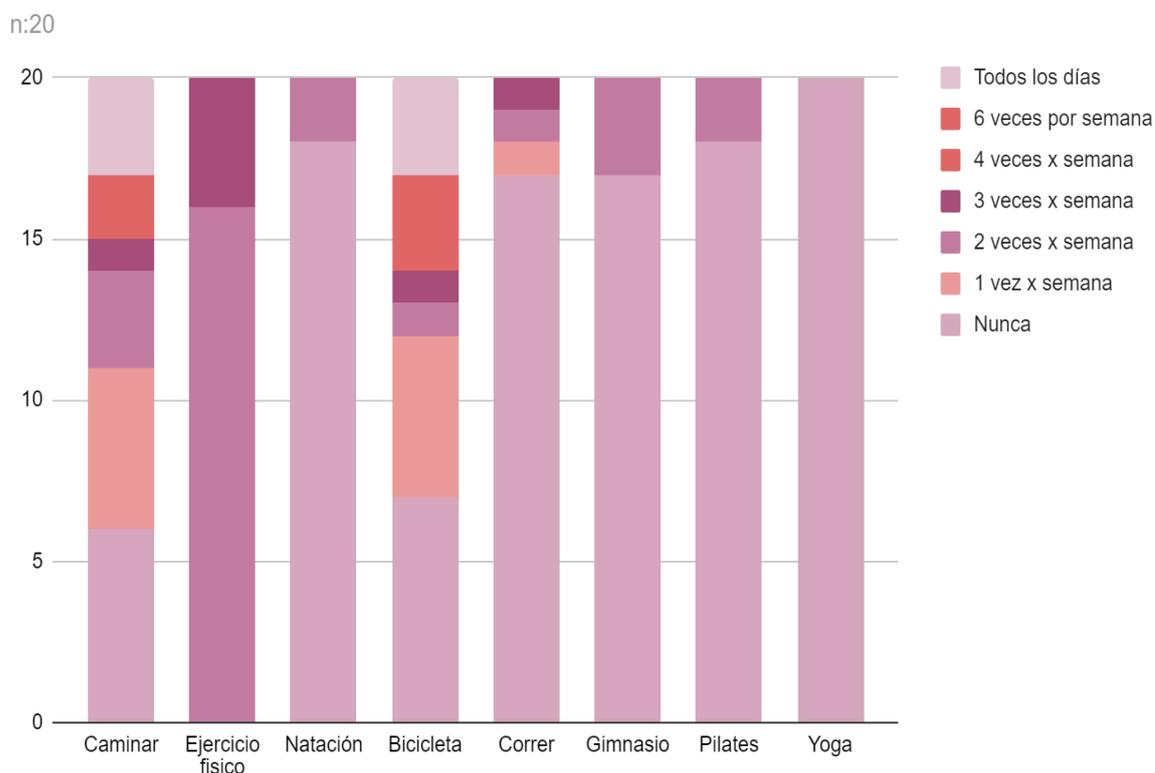
Gráfico 12: Tipo de actividad física y tiempo destinado a ella



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

El 100% de los pacientes hacen entre 30´- 60´min de ejercicio físico con el profesor. El 40% de los pacientes caminan menos de 30´por día y el 25% caminan entre 30´-60´min por día. Natación el 5% de los pacientes hace menos de 30´por día y un 10% entre 30´- 60´min por día. El 35% hace bicicleta menos de 30´min por día ya que lo usan como medio de transporte, un 15% hace entre 30´-60´min, y un 10% hacen más de 60´de bicicleta por día. Un 50% hace tareas domésticas (considerándose actividad física no programada) como arreglar el jardín, lavar los pisos, etc durante menos de 30´y un 25% realiza mayor tareas domésticas durante más de 60´, y un 35% no realiza tareas domésticas. Y un 5% realiza otras actividades entre 30´-60´.

Gráfico 13: Frecuencia semanal de actividad física



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Dentro de la frecuencia semanal se destaca una frecuencia promedio de 2 o 3 días por semana de actividad. La mayoría de los pacientes hacen actividad física 2 veces en la semana, siendo menos las personas mayores que realizan actividad física todos los días o la mayoría de los días en la semana. Dentro de las actividades más realizadas encontramos caminata, ejercicio físico con profesor y bicicleta. La actividad que nunca realizan es yoga. El resto de las actividades como pilates, gimnasio, correr y natación tiene una frecuencia muy baja según los pacientes. Respecto a las caminatas un 30% de los pacientes nunca caminan, un 25% caminan 1 vez por semana, un 15% caminan 2 veces por semana y un 15% caminan todos los días. En cuanto al Ejercicio físico personalizado con un profesor un 80% va 2 veces por semana y el 20% va 3 veces por semana.

Los que realizan actividad física con el profesor del centro 3 veces por semana suelen no hacer otra actividad extra, en cambio, los que realizan actividad en el centro con menor frecuencia suman actividades extra como caminatas, correr, pilates, piletta, bicicleta y gimnasio. En cuanto a Natación el 80% nunca realiza y el 20% va 2 veces

por semana. Bicicleta el 35% nunca realiza, el 25% 1 vez por semana, el 10% 4 veces por semana y el 15% todos los días, aclarando que el paciente que realiza 5 veces la semana o todos los días bicicleta lo hace en periodos menores de 30 minutos. El 85% nunca corre. Gimnasio además de lo que hacen en el centro un 15% lo hace fuera de él y un 80% nunca. Pilates el 95% nunca hace y el 5% si lo hace 2 veces por semana. Yoga ningún paciente hizo nunca. .

Tabla 4: Factores de riesgo de cada uno de los pacientes

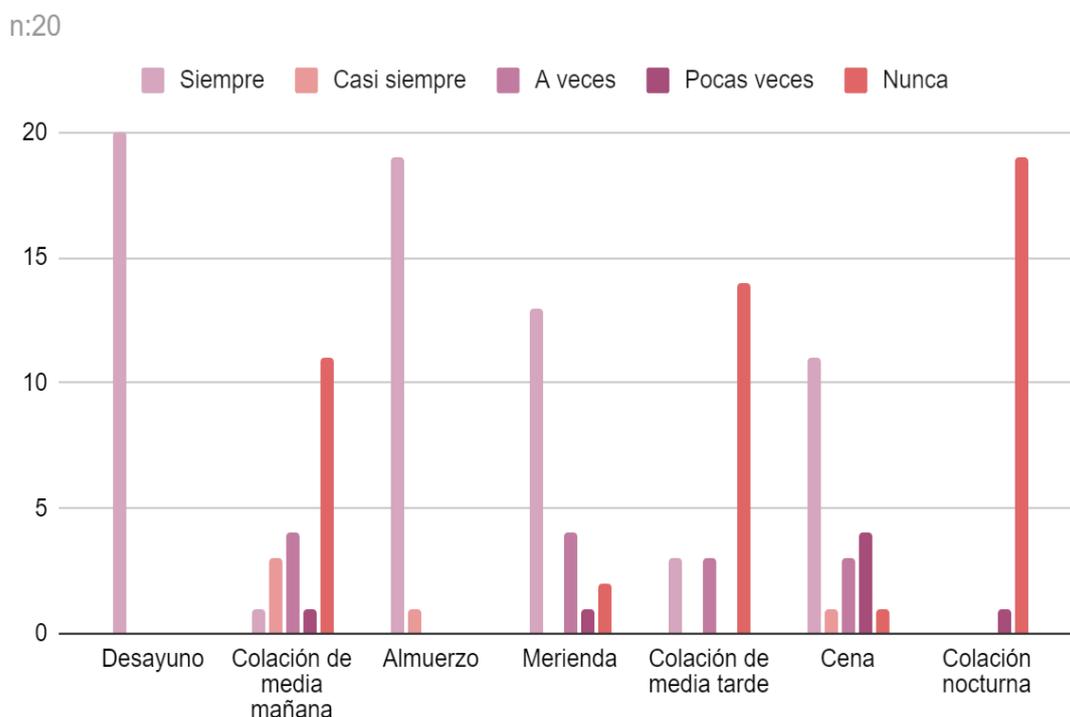
(n:20)

PACIENTES	SEXO	Clasificación IMC	DIAGNOSTICO	HABITO DE TABACO	HABITO DE ALCOHOL	EJERCICIO FISICO
P1	M	Sobrepeso	Angioplastia coronaria		X	X
P2	M	Normal	Angioplastia coronaria. Cirugía de by pass coronario		X	X
P3	F	Sobrepeso	Enfermedad coronaria. Cirugía de by pass coronario			X
P4	F	Normal	Angioplastia coronaria			X
P5	M	Sobrepeso	Cardiopatía isquémica. Aleteo auricular. Cirugía de by pass coronario		X	X
P6	F	Obesidad III	Angioplastia coronaria			X
P7	M	Normal	Cirugía de by pass coronario			X
P8	M	Sobrepeso	Cardiopatía isquémica. Aleteo auricular. Cirugía de by pass coronario		X	X
P9	M	Normal	Miocardopatía dilatada isquémica nefrótica severa		X	X
P10	M	Normal	Angioplastia coronaria		X	X
P11	M	Normal	Bloqueo completo de rama izquierda. Fibrilación auricular paroxística		X	X
P12	M	Sobrepeso	Miocardopatía dilatada. implante de desfibrilador		X	X
P13	F	Obesidad II	Angioplastia coronaria			X
P14	M	Sobrepeso	Angiopatía coronaria	X	X	X
P15	M	Normal	Marcapaso		X	X
P16	M	Sobrepeso	Angioplastia coronaria		X	X
P17	M	Sobrepeso	Fibrilación auricular paroxística		X	X
P18	F	Normal	Angioplastia coronaria		X	X
P19	M	Normal	Cirugía de by pass coronario		X	X
P20	M	Sobrepeso	Angiopatía coronaria		X	X

Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Otro de los hábitos que repercuten en su salud cardiovascular son los hábitos alimentarios por esto se indagó a cada uno de los pacientes sobre sus hábitos alimentarios.

Gráfico 14: Frecuencia de consumo comidas principales

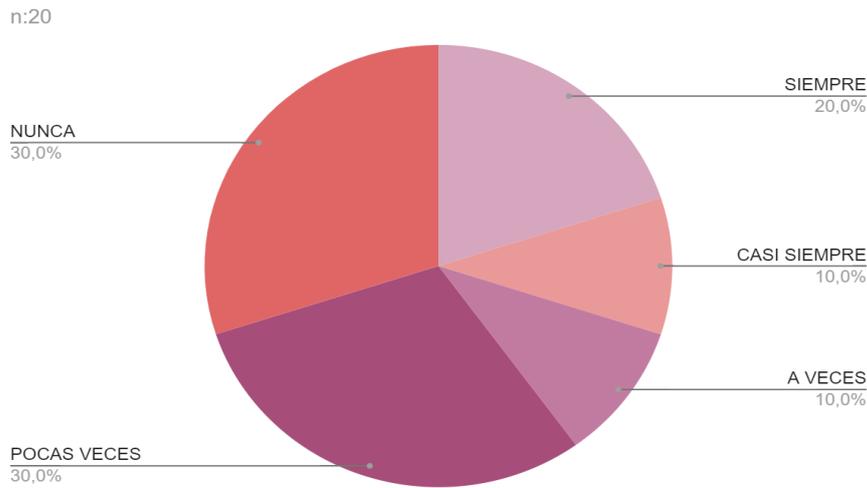


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

El 100% de los pacientes siempre desayunan, refieren que lo hacen para poder tomar la medicación, antes algunos no tenían el hábito de desayunar. La colación a media mañana el 50% nunca la hace y el otro 50% la realiza con frecuencia distribuidas. El 95% siempre hace el almuerzo y el 5% casi siempre. En cuanto a la merienda, es realizada en un 65% siempre y el 35% restante con una frecuencia distribuida. El 70% nunca hace la colación a media tarde y el 30% con frecuencia distribuida. La cena es realizada siempre por un 55% de los encuestados, suelen ser ensalada en verano y sopas en invierno, y el paciente que algunos días no almuerza su comida fuerte está en la cena. El 45% restante cena con una frecuencia distribuida. La colación nocturna el 95% no la realiza y el 5% pocas veces la realiza.

También se les consultó a las personas mayores sobre algunos hábitos alimentarios:

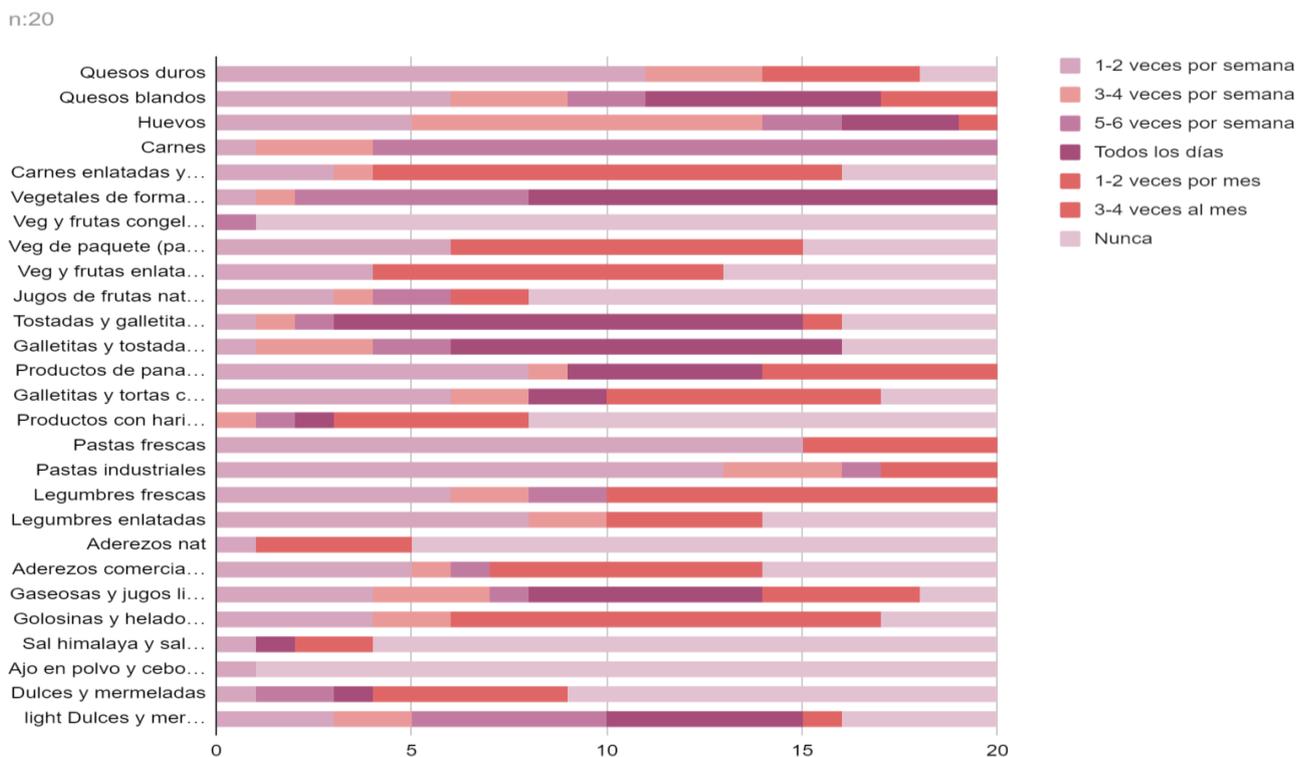
Gráfico 15: Frecuencia con que repiten el plato



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

En cuanto a este hábito se refleja una frecuencia muy variada. Un 30% de los pacientes nunca repite el plato, otro 30% pocas veces lo hacen, un 20% siempre lo repite, un 10% casi siempre, un 10% a veces repite el plato.

Gráfico 16: Frecuencia de consumo de algunos alimentos



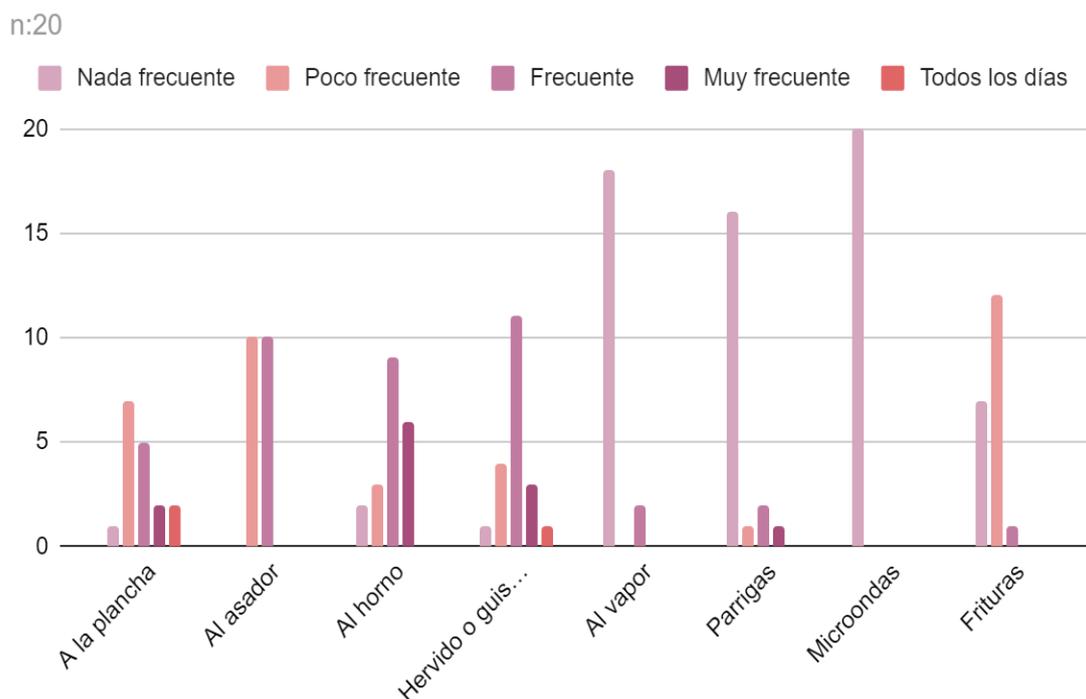
Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Los alimentos MÁS consumidos semanalmente son: con respecto a las carnes un 80% consume todos los días, el resto consume entre 5-6 veces por semana, en cuanto a los Vegetales naturales el 60% consume todos los días y el resto entre 3- 6 veces por semana, Jugos y gaseosas light el 60% consume todos los días, Galletitas y tostadas industriales el 60% las consume todos los días, Galletitas y tostadas sin sal el 50% consume todos los días, los quesos blandos que un 30% los consumen todos los días.

Los alimentos consumidos con Menor frecuencia semanal son: las pastas frescas el 75% consume 1-2 veces por semana, pastas industriales el 65% consume 1-2 veces por semana, quesos duros el 55% consume 1-2 veces por semana, el huevos un 45% consume entre 3-4 veces por semana, productos de panadería el 40% consume 1-2 veces por semana, vegetales de paquete como (papas fritas o batatas fritas), un 30% galletitas y tortas caseras y un 30% 1 vez al mes, el 30% 1-2 veces por semana, dulces y mermelada light un 25% todos los días y un 25% 5-6 veces por semana, legumbres frescas el 30% consume 1-2 veces por semana, el resto pocas veces en la semana y algunos nunca al igual que las legumbres enlatadas.

Los alimentos que consumen con una frecuencia mensual o nunca son: en relación a Los vegetales congelados el 95% nunca consume, ajo y cebolla en polvo el 95% nunca consume, sal marina, sal himalaya el 80% nunca consume, aderezos naturales el 75% nunca consume, productos con harina integral el 60% nunca consume, los jugos de frutas naturales el 60% nunca consume, golosinas y helados industriales el 55% consumen 1-2 veces al mes, dulces y mermeladas 55% nunca consume. Las carnes enlatadas o embutidos el 50% consume embutidos 1-2 veces al mes, vegetales y frutas enlatadas, un 45% consume 1-2 veces al mes y un 35% nunca consume, vegetales de paquete como (papas fritas o batatas fritas), el 40% consume 1-2 veces al mes, el 30% nunca, productos de panadería el 30% consume 1-2 veces al mes, aderezos comerciales un 30% consume 1-2 veces al mes, galletitas o tortas caseras el 15% nunca consume.

Gráfico 17: Frecuencia de diferentes métodos de cocción utilizados



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

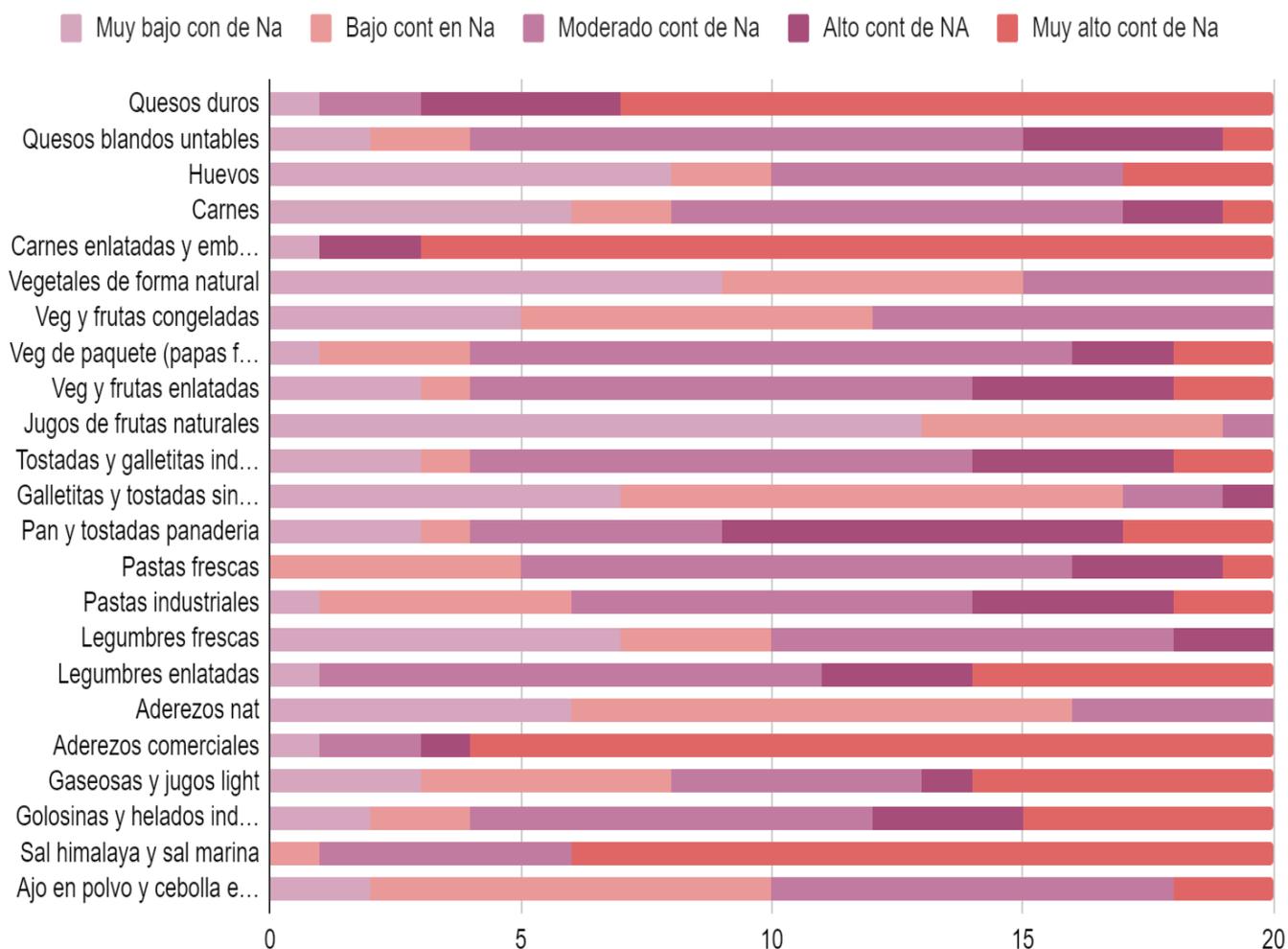
Con respecto a la forma de preparación los métodos de cocción más frecuentes son hervido 55%. Luego, a la plancha y asador. Dentro de los menos frecuentes encontramos: vapor, parrigas, microondas y frituras.

Otro de los objetivos de la investigación fue describir el conocimiento que tenían las personas mayores acerca del contenido de sodio de los alimentos.

Según la FDA, como regla general: un 5% o menos del VD de sodio por porción se considera bajo, y un 20% o más del VD de sodio por porción se considera alto. Además, según las leyendas de los envases podemos determinar el contenido de sodio de los alimentos según: “sin sal/sodio” (menos de 5 mg de sodio por porción), “muy bajo en sodio” (35 mg de sodio o menos por porción), “Bajo en sodio” (140 mg de sodio o menos por porción), “Reducido en sodio” (al menos un 25% de sodio que el producto estándar), “Poco sodio o poca sal” (al menos un 50% menos de sodio que el producto estándar), “Sin sal añadida o sin salar” (no se añade sal al producto durante su proceso; pero atención, esto no implica que no contenga sal/sodio, a menos que así se indique).

Gráfico 18: Conocimiento del sodio en los alimentos

n:20



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Según la FDA, se analizarán las respuestas de los pacientes según su creencia acerca del contenido de sodio de los alimentos:

Los Alimentos que reconocieron con altos en sodio son:

Carnes enlatadas y embutidos el 95% reconoció como muy alto contenido en sodio. Estando en lo correcto según la FDA. Ya que algunos embutidos tienen hasta 2940 mg por 100 gr del producto. Aderezos comerciales un 80% reconoce como muy alto contenido de sodio, estando en lo acertado ya que tienen por encima de 700 mg por 100 gr del producto. Sal himalaya, marina el 70% reconoció que tiene alto contenido de sodio, estando en lo acertado ya que tienen por encima de 38200 mg por 100 gr del producto. De los quesos duros tienen un alto contenido de sodio (65%), estando en lo

correcto según observamos su composición en las tablas de Argenfood, ya que tienen por encima de 700 mg por 100 gr del producto.

Los Alimentos que reconocieron con moderado sodio son:

Frutas y vegetales enlatados el 50% consideró que tienen moderado contenido de sodio, y el resto alto contenido de sodio, no estando en lo acertado ya que tienen por debajo de 20 mg por 100 gr del producto, considerándose un alimento bajo y muy bajo en sodio. Vegetales en paquete (papas fritas) el 60% consideró que tienen moderado contenido de sodio, y el resto alto y muy alto contenido de sodio, estando en lo acertado ya que tienen por encima de 600 mg por 100 gr del producto, y otros lo consideraron un alimento bajo y muy bajo en sodio. De tostadas y galletitas industriales el 50% moderado contenido de sodio, el resto género varias respuestas, no estando en lo acertado ya que tienen por encima de 480 mg por 100 gr del producto y se considera alto en sodio.

Los Alimentos que reconocieron con bajo sodio son:

Pastas frescas el 55% consideró que tienen un moderado contenido de sodio, no estando en lo acertado ya que tienen por debajo de 11 mg por 100 gr del producto siempre que no se le agregue sal a la preparación, así se considera un alimento bajo en sodio. De las frutas y verduras en estado natural, el 45% cree que tiene muy bajo contenido de sodio, el resto entre bajo y moderado. Estando en lo correcto según la FDA. Al igual que en los vegetales y frutas congeladas, siempre que no tengan agregados para mejorar la conservación.

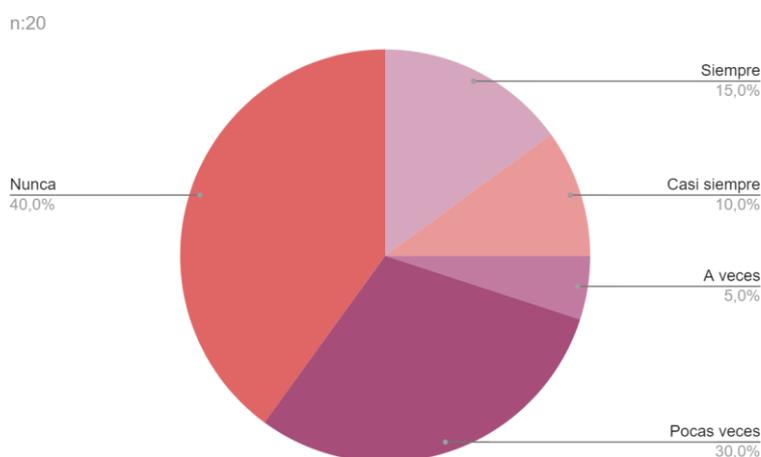
Dentro de los alimentos que tuvieron bastante controversia son:

Los quesos blandos el 55% consideró que tiene un moderado contenido de sodio, estando en lo correcto según observamos su composición en las tablas de Argenfood que tienen por debajo de 106 mg por 100 gr del producto y un 20% considera que tiene un alto contenido de sodio. El resto consideró que tiene bajo contenido de sodio, no estando acertados. Las carnes el 45% cree que tiene moderado contenido de sodio, el 30% muy bajo contenido de sodio, estando en lo correcto ya que las carnes siempre que no tengan sal agregada, se podrían considerar con bajas o moderado contenido en sodio ya que tienen entre 36 mg a 120 mg en 100 gr de carne. Acerca del contenido de sodio del huevo muchos pacientes no tenían conocimiento del mismo. El 40% cree que tiene muy bajo contenido de sodio, el 35% moderado contenido de sodio, un 15% muy alto contenido de sodio, el 10% bajo contenido de sodio. El huevo tiene menos de 140 mg de sodio cada 100 gr de huevo, por lo que solo un 35% respondió de manera

adecuada porque tiene moderado contenido de sodio. Le pan y tostadas de panadería el 50% lo reconoce con bajo contenido de sodio, el 35% muy bajo contenido de sodio y 10% moderado contenido de sodio, estando en su acierto, siempre que no se le agregue sal a la preparación o se usen ingredientes con alto contenido de sodio. El contenido de sodio de galletitas o tortas está alrededor de los 100 mg por 100 gr. Por esto se considera que es de bajo a moderado. Las galletitas y tostadas sin sal, el 50% considero que tiene bajo contenido de sodio, no estando en lo acertado ya que tienen por debajo de 170 mg por 100 gr esto indica que tiene moderado contenido de sodio. De pastas industriales el 40% moderado contenido de sodio, el 25% consideró que tenía bajo contenido de sodio, estando en su acierto ya que tiene menos de 11 mg por 100 gr del producto y el 20% alto contenido de sodio. Legumbres frescas el 35% considera que tiene muy bajo contenido de sodio, el 40% moderado contenido de sodio estando acertado ya que tienen menos de 12 mg por 100 gr de legumbres. De legumbres enlatadas, el 50% considero que tiene moderado contenido de sodio, el 30% muy alto contenido de sodio, el 15% alto contenido de sodio, estando en su acierto los que contestaron que tiene moderado contenido de sodio, no así en las otras respuestas, ya que contienen más de 100 mg de sodio por 100 gr de legumbre enlatadas. El resto de los alimentos con controversia fueron aderezos naturales, gaseosas y jugos light, jugos naturales, golosinas y helados industriales, ajo y cebolla en polvo.

No solo se evaluó el conocimiento sobre el contenido de sodio de los alimentos, sino que también, se les consultó a las personas mayores sobre el interés y frecuencia en la lectura de los rótulos de los alimentos:

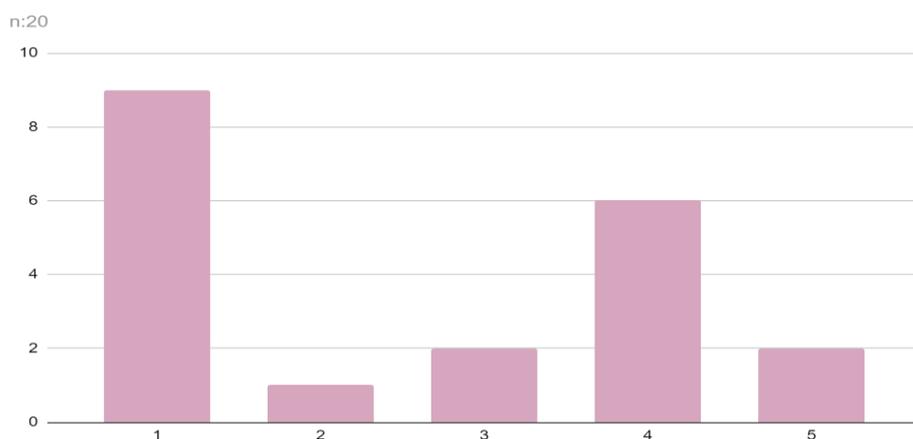
Gráfico 19: La frecuencia de lectura de etiqueta



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Sobre la frecuencia que leen las etiquetas nutricionales de los alimentos, los encuestados respondieron: 40% nunca, 30% pocas veces, 15% siempre, 10% casi siempre y el 5% a veces. Algunos aclararon que no son los que compran los alimentos en la casa, por esto no observan los rótulos.

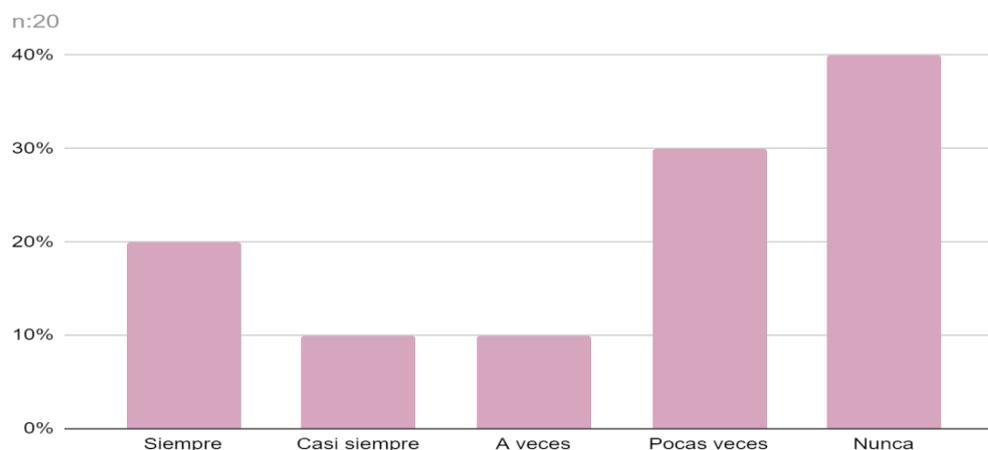
Gráfico 20: Interés de los pacientes de lectura y aprendizaje sobre las etiquetas (consiste 1 nada de interés y 5 mucho interés)



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Cuando se les preguntó ¿Cuál considera que es su interés en leer y aprender sobre las etiquetas nutricionales? Siendo 1 nada de interés y 5 mucho interés. El 45% se calificó con 1, el 30% 4, el 15% con 3, 10% con un 5 y el 5% con 2. Algunos consideraban que nunca leían los rótulos o pocas veces, pero les parecía que era interesante aprender sobre el etiquetado de los envases.

Gráfico 21: Lectura de leyenda en los envases sobre el contenido de sodio.

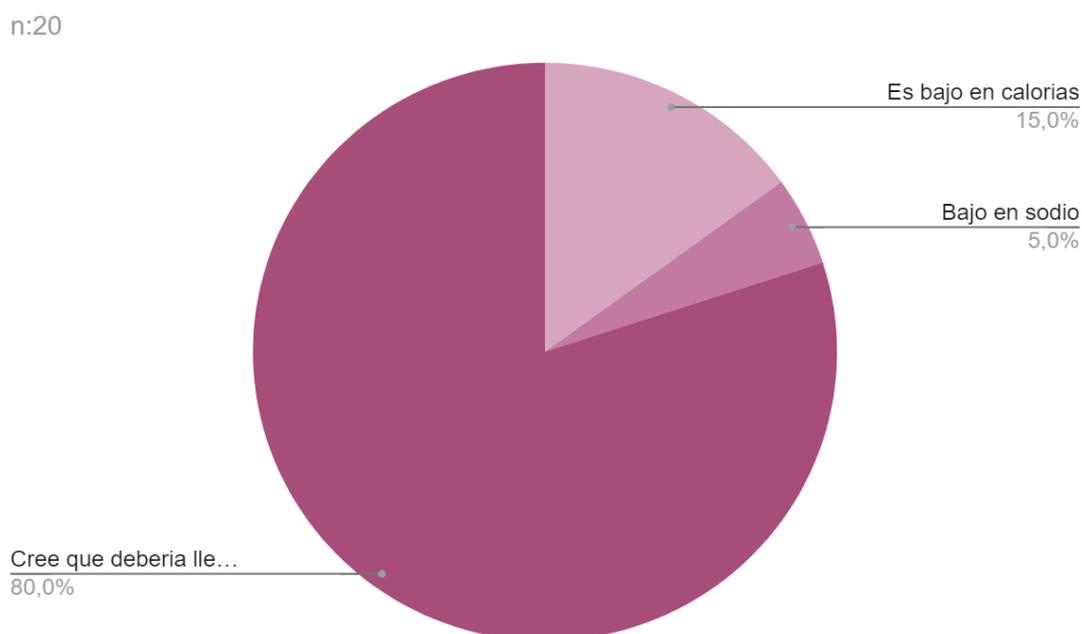


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Respecto a la lectura de las leyendas en los envases como “sin sal agregada”, “bajo en sal”, “light”, “libre de grasas trans” los pacientes respondieron: el 40% nunca lee la leyenda del envase, el 30% pocas veces, el 20% siempre, el 5% casi siempre, 5% pocas veces.

Se les consultó a través de una imagen a los encuestados sobre la lectura del rótulo de un queso industrial light.

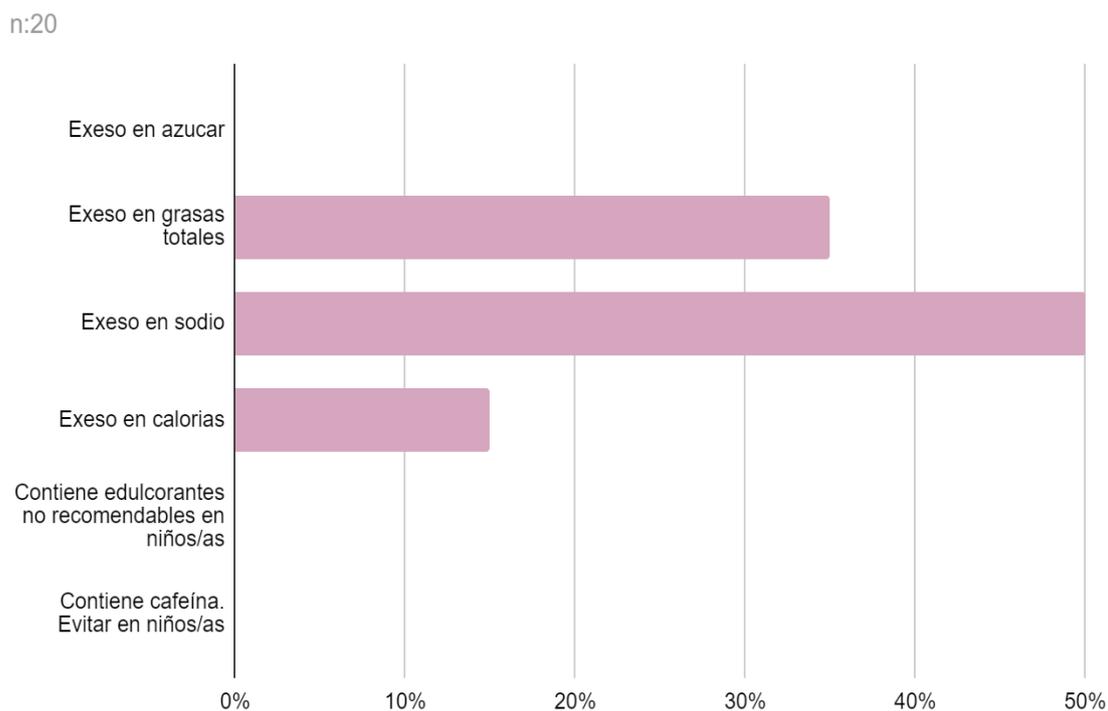
Gráfico 22: Compresión de imagen sobre rótulo de un queso



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Dentro de sus respuestas se destaca que el 80% cree que debe llevar alguno de los octógonos, el 15% que es bajo en calorías, el 5% cree que es bajo en sodio, el cual es una respuesta positiva ya que, muy pocos consideraron que es bajo en sodio, cuando lo correcto es que el queso tiene un alto contenido en sodio.

Gráfico 23: Tipo de sello de que elegirían para el envase analizado en el gráfico anterior.

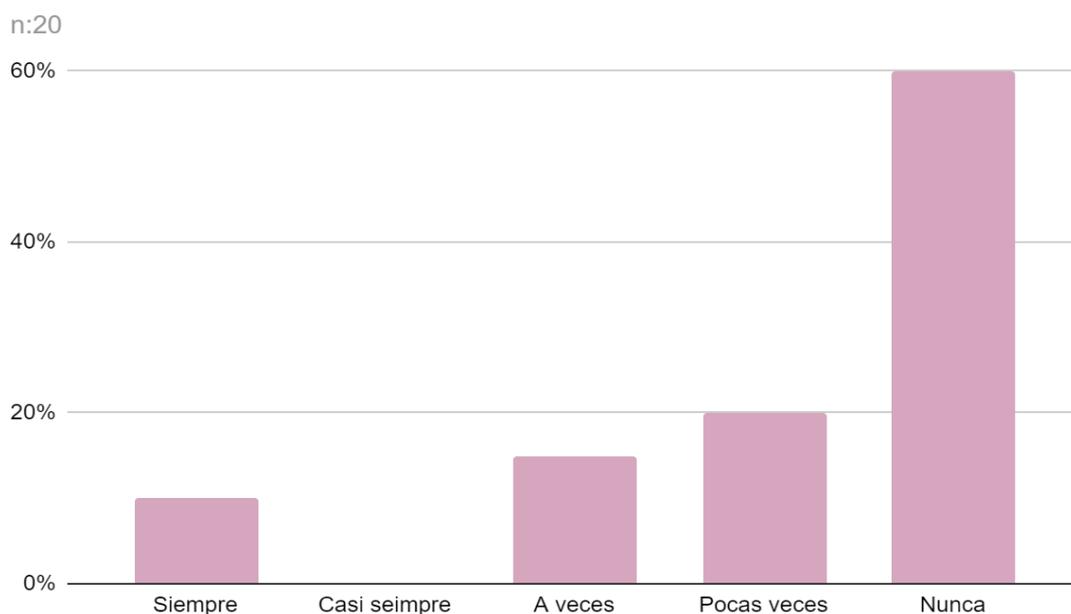


Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Al preguntar sobre qué tipo de leyenda (octógono) deberá contener el queso, sugerido en la respuesta anterior los encuestados no supieron responder, o no consideraron tales opciones como la respuesta. Muchos comentaron no haber prestado atención a los octógonos de los envases. Igualmente respondieron un 50% exceso en sodio, un 35% exceso en grasas totales y un 15% exceso en calorías. Ninguno consideró que tenía exceso de grasas saturadas, exceso de azúcar, contiene edulcorantes no recomendables en niños/as, contiene cafeína. evitar en niños/as.

Otro de los hábitos que se indagaron fue el agregado de sal antes o después de la cocción del alimento, el consumo habitual de bebidas como agua, gaseosas, alcohol, ya que son otro factor de riesgo cardiovascular.

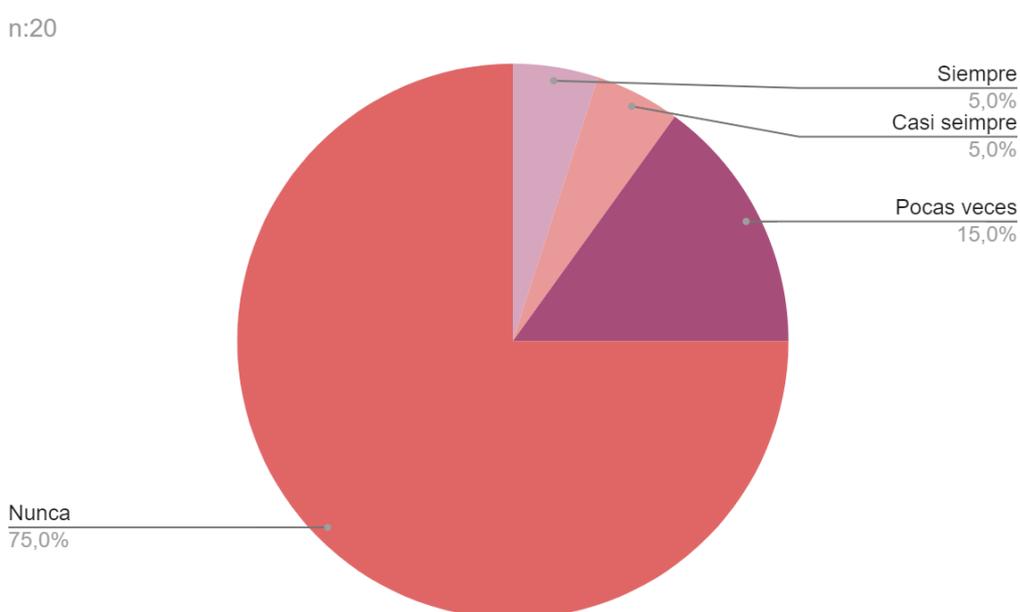
Gráfico 24: Frecuencia con que le agregan sal a la preparación



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

En cuanto a la frecuencia con la que agregan sal a la comida en la preparación: el 10% dijo que siempre, el 15% a veces, el 20% pocas veces, el 60% nunca le agrega sal en la preparación.

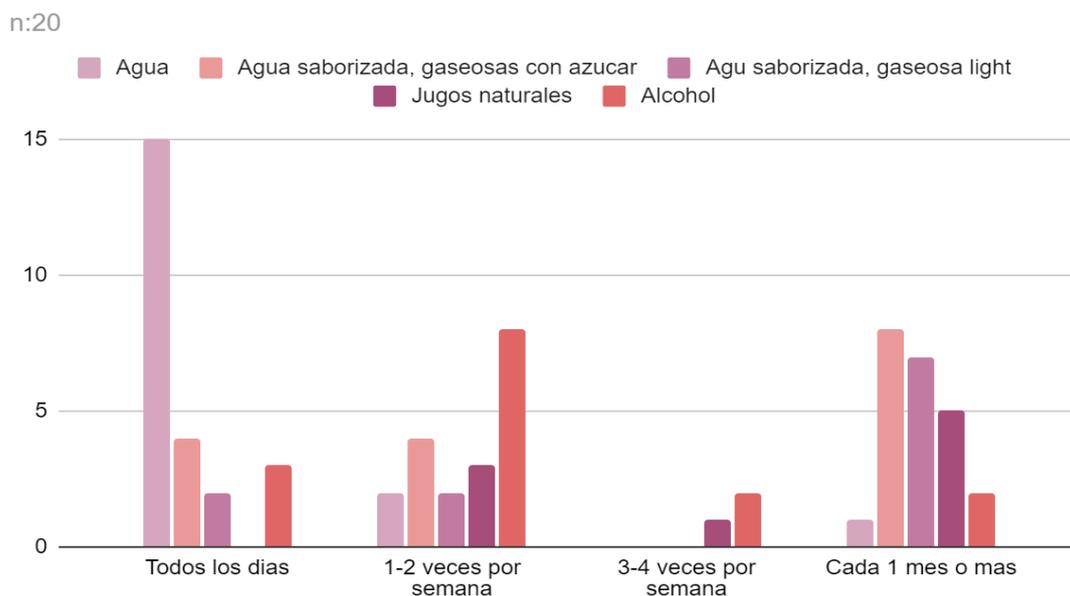
Gráfico 25: Frecuencia con que le agregan sal en la mesa



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Luego se les preguntó si le agregan sal a las comidas en la mesa una vez ya cocidas y el 75% nunca, el 15% pocas veces, el 5% siempre y el 5% casi siempre le agrega sal en la mesa.

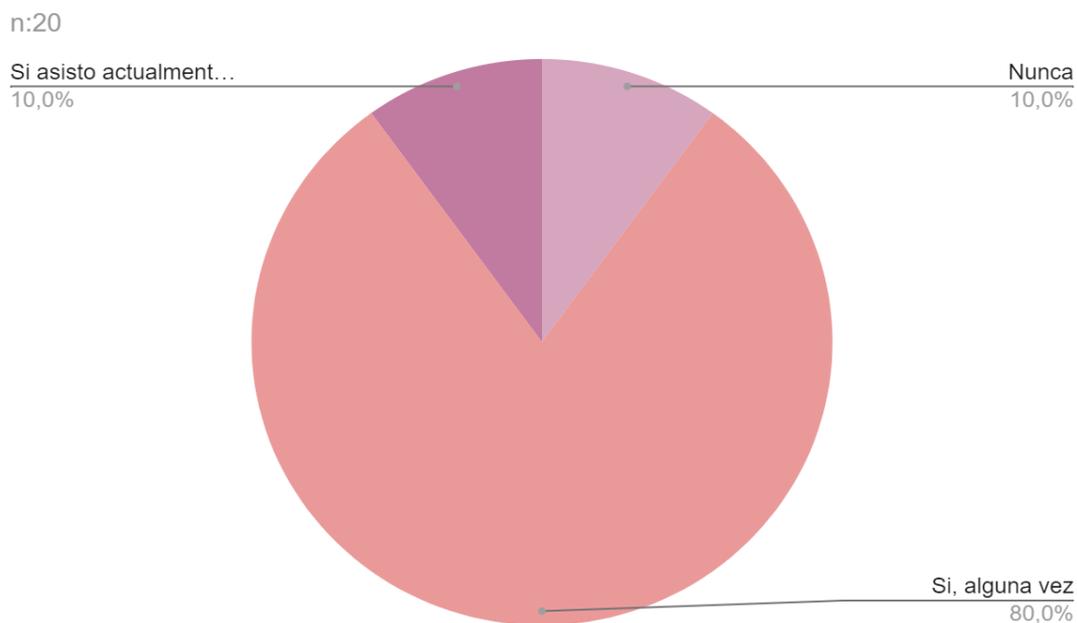
Gráfico 26: Frecuencia de consumo según tipo de bebida



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Las bebidas que toman todos los días son: agua el 75%, agua saborizada y gaseosas con azúcar el 40%, alcohol el 15% y aguas saborizadas y gaseosas SIN azúcar el 10%. Las bebidas que toman 1-2 veces por semana son: agua el 10%, agua saborizada y gaseosa con azúcar el 20%, aguas saborizadas sin azúcar el 10%, jugos naturales el 15%, alcohol el 40%. Las bebidas que toman 3- 4 veces a la semana son: jugos naturales el 5%, alcohol el 10%. Las bebidas que consumen cada un mes o más son: aguas saborizada y gaseosas con azúcar el 40%, aguas saborizadas y gaseosas sin azúcar el 35%, jugos naturales el 25%, alcohol el 10% y jugos naturales el 5%. Además se indago sobre experiencias nutricionales previas de los pacientes:

Gráfico 27: Experiencia con seguimiento nutricional



Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

El 80% alguna vez vio una nutricionista pero una o dos veces, un 10% nunca asistió, y un 10% si asiste actualmente con controles programados.

Por último, se les consultó a las personas mayores acerca de los cambios en sus hábitos realizados luego del diagnóstico de su enfermedad cardíaca:

Tabla 4: Hábitos adquiridos tras el diagnóstico de enfermedad cardiovascular:

(n:20)

UA 1	Dieta baja en sal, calorías y disminuir el consumo de alcohol.
UA 2	Actividad física programada, bajo el consumo de harinas, alcohol, le dio mucha importancia a las verduras y a las frutas.
UA 3	Actividad física, dieta sin sal.
UA 4	Alimentos menos calóricos y bajo en sodio, incorporo actividad física programada, y bajo su actividad diaria y laboral.
UA 5	Considera que se reeduce y aprendió a comer más saludable después de su enfermedad y al diagnosticarle diabetes a su nieto.
UA 6	Disminuyó el consumo de embutidos y fiambres, el consumo de carnes grasas. Dejó de fumar. Consume menos alcohol. Disminuyó su actividad cotidiana del trabajo en el campo, incorporó la actividad física programada.
UA 7	Elimino la grasa de su dieta y frituras. Disminuyó el consumo de pan. Incorporo más frutas y verduras. Antes de su enfermedad no consumía mucha sal.
UA 8	Dieta sin sal. Actividad física programada.
UA 9	Incorporo más frutas, y las verduras les costó más. Disminuyó su actividad cotidiana. e incorporó la actividad programada.
UA 10	La alimentación baja en sodio e incorporó más legumbres y semillas. Ya no puede viajar, ni andar en bicicleta.
UA 11	Cambió su dieta incorporando más frutas y verduras y disminuyendo las grasas. Incorporó la Actividad física porque antes no hacía nada, se siente mejor, e incorporo la caminata.
UA 12	Cambio en la alimentación menos calorina. Actividad física programada.
UA 13	Bajo el consumo de sal, reducción de porción acompañado de más verduras, actividad física programada, pileta.
UA 14	No hizo cambios en su alimentación. Dejó de fumar, e incorporó la actividad física programada.
UA 15	Alimentación baja en sodio, en grasas, menos consumo de comida rápida, incorporo los frutos secos, y disminuyó el consumo de alcohol.
UA 16	Dieta sin sal e incorporo actividad física programada.
UA 17	Bajo el consumo de panificados, incorporó la actividad física que antes no hacía.
UA 18	No hizo cambios en la alimentación. Incorporó la actividad física programada.
UA 19	Alimentación sin sal.
UA 20	La dieta sin sal, y baja en grasas.

Fuente: datos obtenidos a partir de la investigación

Desde que tienen el diagnóstico de la enfermedad los hábitos alimentarios que han notado son: en un 95% su dieta es baja sodio, redujeron el consumo de grasa animal, frituras y otras preparaciones hipercalóricas, redujeron el consumo de embutidos,

alcohol, de panificados, pastas y el consumo de dulces, disminuyeron el consumo de panificados y productos de panadería. Un 10% de los pacientes incorporan frutos secos, harinas integrales y legumbres. Un 75% incorpora el agua todos los días como bebida de hidratación. El 50% de los pacientes aumentaron el consumo de vegetales y frutas, y disminuyendo así el consumo de la papa, cereales como fideos, arroz y el consumo de comidas rápidas. Algo que incorporará el 100% de los pacientes fue el ejercicio físico programado, anteriormente practicaban otras actividades y deportes pero nunca el ejercicio físico, lo cual notaron una gran mejora en su calidad de vida.

Nube de palabras 2: Hábitos adquiridos tras el diagnóstico de enfermedad cardiovascular

(n: 20)



Fuente: elaborado a partir de datos de investigación.

CONCLUSIÓN

A partir del análisis de los resultados obtenidos, se puede caracterizar la muestra observando un predominio del sexo masculino con el 75%. En cuanto al nivel de escolaridad alcanzado, la mayoría de los encuestados tenía solo primaria completa. Y en menor porcentaje secundaria, terciario y universitario completo. Se destaca una diferencia entre los pacientes que solo tenían el nivel primario y secundario, con los que tenían un nivel de educación terciario o universitario, en cuanto a la comprensión de las preguntas y el grado de conocimiento sobre aspectos nutricionales.

Respecto del estado nutricional se observa que la mayoría de los pacientes tienen sobrepeso y obesidad, con circunferencia de cintura elevada para la edad. Esto aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca y otras enfermedades crónicas no transmisibles.⁴⁸ Además se tuvo en cuenta los antecedentes familiares y las patologías preexistentes de cada uno de los encuestados. Dentro de los antecedentes familiares que más predominan se encuentran hipertensión, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes tipo II, sobrepeso y en menor porcentaje diabetes tipo I, obesidad. De las patologías preexistentes las que más predominan en los pacientes son: hipercolesterolemia, hipertensión, hipertrigliceridemia, y en un menor porcentaje diabetes tipo 2, insulinoresistencia y enfermedad renal.

El 100% de los encuestados tiene patología cardíaca diagnosticada, siendo predominante el diagnóstico de Angioplastia coronaria, y en segundo lugar, Bloqueo completo de rama izquierda. En algunos pacientes se suman a esos diagnósticos Hipertensión grado 2.

Al indagar sobre el tipo de tratamiento que realizan las personas mayores para dichas patologías cardíacas, se observa que hay una mejor adherencia al ejercicio físico con profesor en el centro público y medicación, con menor adherencia a las recomendaciones dietéticas. Acerca del cumplimiento del tratamiento siendo 1 “nada de cumplimiento” y 5 “total el cumplimiento” la mayoría de los pacientes se calificaron con 4, y el resto de los pacientes se calificaron con 3 y con 5.

Al examinar sobre tipo de actividad física y tiempo destinado los adultos mayores se pudo observar que la mayoría le dedica de 2 a 3 veces por semana por lo menos 1 hora y el resto de la semana complementan con una caminata de 30 min aproximadamente por día. Todos los pacientes realizan ejercicio físico con un profesor y algunos hacen otras actividades como caminata, bicicleta y correr al aire libre, pilates

⁴⁸ Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, San Martín San Martín MG. 2017

y pileta, sumado las tareas domésticas que le dedican entre 30 min a 1 hora por día. Con esto podemos ver lo importante de formar parte de un grupo de personas con las mismas cuestiones a tratar, porque unos a los otros se motivan para tener un mejor estilo de vida, y se observa una mejor adherencia al tratamiento de ejercicio físico, por el abordaje interdisciplinario. Por esto es importante promover políticas públicas relacionadas a la promoción y prevención de la salud en personas mayores, en el marco de los paradigmas actuales como el envejecimiento saludable.

Sobre hábitos de riesgo como ingesta de alcohol y hábito de fumar, la mayoría de los pacientes refirió NO fumar y solo uno de ellos fuma a veces pero no más de 1 a 5 cigarrillos por día. Algunos de los encuestados declaran que, antes de su diagnóstico de enfermedad cardíaca, fumaban. También se indagó sobre la frecuencia del consumo de alcohol y se pudo observar que los pacientes tenían mayor dificultad para disminuir el consumo de alcohol, después de su diagnóstico de enfermedad cardíaca, la mayoría de los pacientes a veces consumen alcohol, aunque lo consumen ocasionalmente un fin de semana o en alguna reunión con familiares y amigos, otros pacientes consumen todos los días, pero en pequeñas cantidades

Respecto a hábitos alimentarios como la frecuencia con la que repiten el plato se vio reflejado una frecuencia muy variada. Los alimentos que consumen con mayor frecuencia semanalmente son: Las carnes, vegetales naturales, agua, jugos y gaseosas light, galletitas y tostadas industriales, galletitas y tostadas sin sal, los quesos blandos; los alimentos consumidos con menor frecuencia semanal son: pastas frescas, pastas industriales, quesos duros, huevo, productos de panadería, vegetales de paquete como (papas fritas o batatas fritas), dulces y mermelada light, legumbres enlatadas. Los alimentos que consumen con una frecuencia mensual o nunca son: los vegetales congelados, ajo y cebolla en polvo, sal marina, sal Himalaya, aderezos naturales, productos con harina integral, los jugos de frutas naturales, golosinas y helados industriales, dulces y mermeladas, las carnes enlatadas o embutidos, vegetales y frutas enlatadas, vegetales de paquete como (papas fritas o batatas fritas), productos de panadería, aderezos comerciales, galletitas o tortas caseras. Las formas de preparación que utilizan con mayor frecuencia son a la plancha, hervido o guisado. En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas se pudo observar que la mayoría de los pacientes consumen agua todos los días y en menor porcentaje de pacientes consumen aguas saborizadas con o sin azúcar y bebidas alcohólicas.

Otro de los hábitos indagados en la encuesta fue el agregado de sal antes o después de la cocción del alimento. La mayoría nunca le agrega sal a las comidas antes de cocinarlas, y en un porcentaje aún mayor contestaron que nunca le agrega sal a la comida una vez servida en el plato. Además se indagó sobre experiencias nutricionales previas de los pacientes y casi todos los pacientes alguna vez visitaron un nutricionista, algunos nunca y solo 2 pacientes alguna vez hicieron un seguimiento con un Licenciado en nutrición.

Acerca del conocimiento que tenían las personas mayores acerca del contenido de sodio de los alimentos, se pudo concluir con respecto a las respuestas de los pacientes y según la regla general de la FAD, que la mayoría de los pacientes conocían bien los alimentos que tenían muy alto contenido en sodio, y no así los alimentos que tenían moderado y bajo contenido de sodio. No solo se evaluó el conocimiento sobre el contenido de sodio de los alimentos, sino que también, se les consultó a las personas mayores sobre el interés y frecuencia en la lectura de los rótulos de los alimentos. Se destaca que la mayoría, nunca o pocas veces leen los rótulos, siendo los menos los que siempre o casi siempre lee los rótulos de los alimentos. Cuando se les pidió a los pacientes que se calificarán del 1 al 5 en cuanto al interés sobre la lectura y aprendizaje sobre las etiquetas, la mayoría de los pacientes contestaron que se califican con 1 que significa nada de interés, así como la mayoría de los pacientes nunca leen la leyenda de los envases sobre el contenido de sodio. En cuanto al grado de información sobre el contenido de sodio de los alimentos, los encuestados no solían leer los rótulos de los alimentos, ni las etiquetas donde indican si son bajos en sodio.

Por último, se les consultó a las personas mayores acerca de los cambios en sus hábitos realizados luego del diagnóstico de su enfermedad cardíaca, los hábitos alimentarios que modificaron son: dieta sin sodio, redujeron el consumo de grasa animal, frituras y otras preparaciones hipercalóricas, redujeron el consumo de embutidos, alcohol, de panificados, pastas y el consumo de dulces, disminuyeron el consumo de panificados y productos de panadería y algunos de los pacientes incorporan frutos secos, harinas integrales y legumbres, una gran mayoría incorporó el agua todos los días como bebida de hidratación, aumentaron el consumo de vegetales y frutas, y disminuyendo así el consumo de la papa, cereales como fideos, arroz y el consumo de comidas rápidas, y algo que incorporaron el 100% de los pacientes fue el ejercicio físico programado, anteriormente practicaban otras actividades y deportes pero nunca el ejercicio físico, lo cual notaron una gran mejora en su calidad de vida.

En vistas a los resultados obtenidos y conclusiones alcanzadas en este estudio, surgen y se sugieren posibles interrogantes a futuro:

- ¿Pueden lograr personas mayores con enfermedades cardíacas una mejor adherencia dietética si reciben mayor acompañamiento del Licenciado en Nutrición y un Licenciado en Psicología?
- ¿Existen barreras socio culturales y los hábitos adquiridos a lo largo de toda la vida de las personas mayores que asisten a un centro público? ¿Puede dicha barrera afectar al tratamiento de enfermedad cardíaca y otras enfermedades asociadas?
- ¿Puede influir el tipo de enfermedad cardíaca de la persona mayor y el tratamiento con fármacos en su estado nutricional y adherencia al tratamiento dietético?

De la investigación se desprende la propuesta de formar un dispositivo prevención y promoción de la salud destinada a personas mayores con diabetes para abordar su patología desde una perspectiva gerontológica e interdisciplinaria.



BIBLIOGRAFÍA

- ALIMENTARIUS, FAO CODEZ. Programa Conjunto FAO/OMS sobre normas alimentarias. 2005.
- ANELL, LN EDC Victoria Landa; CONTRERAS, PLN Luz Elena Avalos; HDEZ, LN EDC Marco A. Melgarejo. La circunferencia de la cintura como signo vital en la práctica clínica.
- BRUNNIER, Alison; O'HARE, Rusell. Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar. OMS. 2021. *Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>*.
- BRYCE-MONCLOA, Alfonso; ALEGRIA-VALDIVIA, Edmundo y SAN MARTIN-SAN MARTIN, Mauricio G. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *An. Fac. med.* 2017, vol.78, n.2, pp.202-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-5583. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>.
- CARDONA ARANGO, Doris; PELÁEZ, Enrique. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 2012, vol. 28, no 2, p. 335-348.
- CEREZO, Gustavo H.; VICARIO, Augusto; VAINSTEIN, Nora y BIASIN, Eduardo. Características del síndrome metabólico en la consulta cardiológica: Grupo de estudio CARISMA (Caracterización y Análisis del Riesgo en Individuos con Síndrome Metabólico en la Argentina). *Insuf. card.* 2008, vol.3, n.1, pp.11-15. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622008000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1852-3862.
- CHANG CALDERIN, Omarys; FIGUEREDO VILLA, Katuska y MURILLO PULGAR, Tania Jacqueline. Hipercolesterolemia en el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2020, vol.36, n.3, e1211. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000300011&lng=es&nrm=iso>.
- DE GIROLAMI, Daniel Horacio; GONZALEZ INFANTINO, Carlos. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto. Editorial El Ateneo. 2008, pp: 103-119. Buenos Aires.

- DIEZ-CANSECO, Francisco; SAAVEDRA-GARCIA, Lorena. La OPS lanza nuevas metas para reducir el consumo de sal en la población y prevenir enfermedades cardiovasculares. Organización Panamericana de la Salud; 2021.
- Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- FERRANTE, Daniel; KONFINO, Jonatan; MEJÍA, Raúl; COXSON, Pamela; MORAN, Andrew; GOLDMAN, Lee y PÉREZ-STABLE, Eiseo, J. Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. Revista Panamericana Salud Pública 2012, Vol. 32, no 4, pp 274- 280.
- GALANTE Mariana, KONFINO Jonatan, ONDARSUHU Dolores, GOLDBERG Lucila, O'DONNELL Victoria. et al. Ministerio de Salud de Argentina. Reglamentación de la ley 26.905 sobre promoción de la reducción del consumo de sodio en la población. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/arg_B18_reglamentacion_ley_de_sodio.pdf.
- GALANTE Mariana, KONFINO Jonatan, ONDARSUHU Dolores, GOLDBERG Lucila, O'DONNELL Victoria. et al. Ministerio de salud y desarrollo social presidencia de la nación La 4ta edición de la ENFR. 2018, vol 4. Disponible: file:///F:/Trabajo%20Final/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
- GARCÍA, Enrique Vega. La investigación una prioridad para la década del envejecimiento saludable. *Colombino Medicina*. 2019, vol.50, pp.50-51. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342019000200050&lng=en&nrm=iso.
- GEARHARDT, Ashle. Signos de adicción a la comida en el 13% de los adultos mayores. 2023. Disponible: <https://www.healio.com/news/primary-care/20230131/13-of-older-adults-show-signs-of-food-addiction>.
- GIL- TORO, Daniela; GIRALDO-GIRALDO, Nubia. A y ESTRADA-RESTREPO, Alejandro. Ingesta de alimentos y su relación con factores socioeconómicos en

- un grupo de adultos mayores. 2017. Revista. Salud Pública. vol 19, no 3, pp 304-310.
- GIMENEZ, Juan Carlos., et al. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACION DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. ARGENTINA. *Rev. guatem. cardiol*, 2012, p. 56-68.
 - GIOVANNA .Valentino; TAGLE, Rodrigo; ACEVEDO, Mónica. Dieta DASH y menopausia: Más allá de los beneficios en hipertensión arterial. 2015. *Rev Chil Cardiol* 2014; vol 33, pp 215-222.
 - HE, Feng J.; CAMPBELL, Norm RC; MACGREGOR, Graham A. Reducción del consumo de sal para prevenir la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2012, vol. 32, p. 293-300.
 - KELLY, Rebecca.Kelly; TONG, Tammy.Y.N; WATLING, C.Z. et al. Azúcares libres asociados con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. *BMC Med* 2023, vol 21, pp 34. Disponible: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=103674>
 - MEULE, Adrián.; GEARHARDT, Ashley. N. La adicción a la comida a la luz del DSM-5. 2014.
 - MORENO, Cecilia. Ley de reducción de sodio. 2013 Disponible: <https://alimentosargentinos.magyp.gob.ar/HomeAlimentos/Publicaciones/revistas/nota.php?id=193>
 - OLIVERI, María Laura. Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina.. División de protección Social y Salud. 2020, pp 6. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf>
 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, et al. Modelo de Perfil de Nutrientes de la OMS para la Región del Pacífico Occidental: Una herramienta para proteger a los niños de la comercialización de alimentos. 2016.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones. Washington, D.C. 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>

- ORTEGA, José Emilio, et al. La autonomía del derecho sanitario en la organización institucional de las provincias argentinas. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 2017, vol. 6, no 2, p. 159-179.
- PALACIOS ECHEVARRIA Alfonso.J, La soledad en el adulto mayor. San José Costa Rica. 2016. Disponible: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
- PEÑA, Lorena, et al. Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. 2015.
- PERANOVICH, Andrés Conrado. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001-2009. *Saúde em Debate*. 2016, vol, 40, pp. 125-135.
- RAMOS-PINO, Jose M y CARBALLEIRA ABELLA, Mónica. Conocimientos, creencias y actitudes sobre la obesidad y el sobrepeso en una muestra de dietistas-nutricionistas de España. *Nutr. Hosp.* 2022, vol.39, n.1, pp.63-72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000100011&lng=es&nrm=iso>.
- RISSO PATRÓN, Verónica, et al. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. En *Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina*. 2018, p. 155-155.
- RUBINSTEIN, Adolfo, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010, vol. 27, no 4, p. 237-245.
- SHILS, Maurice Edward, et al. *Nutrición en salud y enfermedad*. 2002.
- SWINBURN, Boyd A., et al. La sindemia global de la obesidad, la desnutrición y el cambio climático: el informe de la Comisión Lancet. *La Lanceta*, 2019, vol. 393, no 10173, pp. 791-846.
- TEJADA ANRIA, Alcira, y GORDÓN DE ISAACS, Lydia. .Revisión sistemática del concepto: envejecimiento saludable. *Enfoque* 31, 2022, no. 27, pp.71–90. Disponible en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2944>.
- TORRESANI, María Elena; SOMOZA, María Inés. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires: Eudeba, 2009.

- WANG, Bo, et al. Enfermedad cardiovascular y ejercicio: de los mecanismos moleculares a las aplicaciones clínicas. *Revista de Medicina Clínica*, 2022, vol. 11, no 24, pp. 7511.

ENFERMEDAD CARDÍACA E INGESTA DE SODIO EN PERSONAS MAYORES

INTRODUCCIÓN: La principal causa de las enfermedades cardiovasculares son los denominados factores de riesgo cardiovascular: Edad (a mayor edad, mayor riesgo), antecedentes familiares, tabaquismo, niveles elevados de colesterol en la sangre, presión arterial elevada, diabetes, sobrepeso y obesidad, Inactividad física y estilo de vida sedentario, estrés crónico. Por esto, personas mayores deben evitar estos factores de riesgo, con ejercicio físico programado, cumpliendo pautas dietéticas y si es necesario, tratamiento farmacológico.

OBJETIVO: Determinar el grado de información sobre el contenido de sodio de los alimentos, estado nutricional y hábitos alimentarios en personas mayores con enfermedad cardíaca que asisten al centro público en la ciudad de Laprida, en el año 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS: Este trabajo corresponde a una investigación de enfoque, descriptivo y de corte transversal no experimental, efectuado en un único momento, y con esa muestra se obtuvieron los datos. La unidad de análisis está compuesta por cada uno de las 20 personas mayores de 60 años que concurren al centro público. Los datos fueron recolectados por medio de encuestas online y presencial, con preguntas abiertas, cerradas, de opción múltiple y frecuencia de consumo.

RESULTADOS: Acerca del estado nutricional el 55% tenía sobrepeso y obesidad. Respecto al tipo de enfermedad cardíaca la más destacada es Angioplastia coronaria 40%. Sobre los cambios de hábitos se registró mayor adherencia a la actividad física que a pautas dietéticas. En cuanto a la información de alimentos y su contenido de sodio, los encuestados tuvieron más información sobre los alimentos que tienen un alto contenido de sodio.

CONCLUSIÓN: Se identifica que las personas mayores, tienen mayor información de los alimentos que tienen un alto contenido de sodio y una menor información sobre los alimentos que tienen bajo contenido de sodio. Se observa que la mayoría de las personas mayores con enfermedad cardíaca tiene sobrepeso y obesidad con circunferencia de cintura muy aumentada, con respecto a los hábitos alimentarios se puede ver que todos los pacientes incorporaron mayor adherencia al ejercicio físico programado y menor adherencia a pautas dietéticas

