



Reducción de la sal alimentaria para mejorar la salud en las Américas

Hoja informativa para los profesionales de la salud



Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la hipertensión arterial es la causa principal de riesgo de mortalidad en todo el mundo y la segunda de discapacidad.¹ En las Américas, un total de un quinto a un tercio de los adultos padece hipertensión. En América Latina y el Caribe, las tasas están entre las más altas del mundo. Independientemente de la ubicación, las personas que viven hasta los ochenta años, puede esperarse que más del 90% presentarán hipertensión.^{2,3} Se calcula que los costos directos e indirectos de la presión arterial aumentada consumen del 5% al 15% del PBI en los países de ingresos altos, y del 2,5% al 8% en América Latina y el Caribe.⁴

La hipertensión arterial es la causa de aproximadamente dos tercios de los casos de accidentes cerebrovasculares, y aproximadamente la mitad de las cardiopatías,¹ con el riesgo de desarrollar complicaciones por hipertensión que aumentan con la edad. Incluso el aumento de la presión arterial dentro de los límites de la normalidad, menos de lo que la mayoría de los profesionales de la salud consideran “hipertensión”, acarrea un riesgo y causa aproximadamente la mitad de los casos de enfermedades atribuibles a la hipertensión.^{1,5}

Un modo de vida saludable puede prevenir la hipertensión arterial. Lo importante es la actividad física regular, evitar el consumo excesivo de alcohol, lograr y mantener un peso corporal sano y seguir una dieta sana: una cantidad abundante de frutas, hortalizas y verduras frescas, productos lácteos magros y, de no ser así, alimentos que tengan un contenido bajo de grasas saturadas y sal.⁶⁻¹⁰

Aproximadamente el 30% de las personas con hipertensión tendrían una presión arterial normal y el resto tendría un mejor control de la presión arterial si redujesen la ingesta de sal a un nivel saludable. Aproximadamente el 10% de las enfermedades cardiovasculares son causadas por el contenido excesivo de sal en la dieta.^{7,11} Por lo general, los alimentos preparados y consumidos previamente fuera del hogar son la fuente más importante de sal; sin embargo, en algunas regiones, se añaden grandes cantidades de sal a los alimentos cocinados en casa o en la casa.^{12,13}

Una consulta conjunta de expertos de la OMS y la FAO recomienda una ingesta de sal alimentaria inferior a 5 gramos al día, equivalente a 2,000 mg de sodio.¹⁴ Según donde hay datos disponibles, en las Américas, las personas consumen hasta el triple de esta cantidad y todos los grupos de edad, incluso los niños, están afectados.^{15,16} En respuesta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está iniciando una acción regional: Prevención de enfermedades cardiovasculares mediante la reducción de la sal alimentaria. Esta tiene la finalidad de realizar intervenciones en la población, que han demostrado ser las más rentables en el mejoramiento de la salud en los países de ingresos bajos e intermedios, y se prevé que tengan una rentabilidad similar en los países de ingresos altos.



En septiembre del 2009, la OPS reunió a un grupo de 18 expertos internacionales sobre la reducción de la sal alimentaria para dirigir la iniciativa regional. El grupo elaboró una declaración política con recomendaciones y una de documentos para ayudar a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de profesionales de la salud, la industria de alimentos y la OPS, a reducir el consumo de sal y mejorar la salud de la población general. La declaración política y otros recursos están disponibles en línea en: www.paho.org/reduccionasal. El grupo finalizó su trabajo con recomendaciones para los países que se encuentran en su [Reporte final](#) (Disponible en inglés). Desde 2013 este trabajo es a través Grupo técnico asesor de OPS y Consorcio de alianza public privada. Ambos cuerpos apoyen la implementación de la iniciativa en países e la Region.

Como ser parte del cambio

- Aliente a su organización profesional a que respalde la declaración de políticas de la OPS acerca de la disminución de la sal en la alimentación.
- Solicite a su organización profesional que defienda políticas y normativas que contribuyan a la reducción de la sal alimentaria en toda la población.
- Solicite y organice sesiones educativas en acontecimientos para los miembros o para el público acerca de los riesgos de la sal alimentaria para la salud y cómo reducirlos. En la dirección web indicada arriba se puede descargar diapositivas de la OPS que sirven de ayuda en las sesiones educativas.
- Solicite o redacte artículos acerca de la sal alimentaria para su profesión y sus pacientes. En la misma dirección web puede consultar una bibliografía científica para que sirva de ayuda en la redacción.
- Propague información acerca de la sal alimentaria a sus pacientes y colegas. Puede consultar un folleto para los pacientes y consumidores en la dirección web, preparado por la OPS.
- Promueva comunicados de prensa acerca de la reducción de la sal alimentaria que lleguen al público cuando se disponga de nuevos estudios.
- Realice o promueva en su comunidad la investigación acerca de la repercusión del alto contenido de sal alimentaria.
- Eduque a las personas que toman decisiones y que hacen políticas acerca de las ventajas para la salud de la reducción de la presión arterial en las personas normotensas e hipertensas, independientemente de la edad.



Consejos para sus pacientes



- Elija los alimentos frescos no procesados.
- Disminuya gradualmente la cantidad de sal usada al cocinar y al momento de comer los alimentos en la mesa (está incluida la sal marina).
- Use con moderación los condimentos preparados comercialmente, como las salsas.
- Condimente las comidas con jugo de limón, ajo fresco, especias, hierbas y vinagres aromatizados.

- Pruebe mezclas de condimentos con bajo contenido de sal o sodio.
- Limite los alimentos de preparación rápida o “instantáneos”, enlatados o preenvasados.
- Lea las etiquetas de los alimentos si están disponibles y compre las marcas con un menor contenido de sal o sodio por porción. Busque los alimentos marcados “bajos” en sodio o sal, “sin sodio o sal añadidos” o “sin” sodio o sal; luego, vuelva a leer la cantidad real de sal contenida en la etiqueta.
- Limite la frecuencia de las comidas en los restaurantes, pida que las comidas se preparen con una menor cantidad de sal, y reduzca las comidas rápidas y las comidas para llevar.
- Elija alimentos como las nueces y frutas secas sin sal.
- Limite las carnes y aves de corral procesadas, curadas, ahumadas o empanizadas.
- Elija pescado fresco, congelado o enlatado con un contenido bajo de sal.
- Enjuague los alimentos enlatados antes de cocinarlos o comerlos.

Referencias

- (1) Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *The Lancet* 2008;371:1513-1518.
- (2) Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet* 2005;365:217-223.
- (3) Vasan RS, Beiser A, Seshadri S et al. Residual Lifetime Risk for Developing Hypertension in Middle-aged Women and Men. *JAMA* 2002;287:1003-1010.
- (4) Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC. The global cost of nonoptimal blood pressure. *J Hypertens* 2009;27:1472-1477.
- (5) Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet* 2002;360:1903-1913.
- (6) Geleijnse JM, Grobbee DE, Kok FJ. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *J Hum Hypertens* 2005;19:S1-S4.
- (7) Joffres M, Campbell NRC, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol* 2007;23:437-443.
- (8) Khan NA, Hemmelgarn B, Herman RJ et al. The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2--therapy. *Can J Cardiol* 2009;25:287-298.
- (9) Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H et al. Latin American guidelines on hypertension. *J Hypertens* 2009;27:905-922.
- (10) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
- (11) Penz ED, Joffres MR, Campbell NR. Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol* 2008;24:497-1.
- (12) Mattes RD, Donnelly D. Relative contributions of dietary sodium sources. *Am J Clin Nutr* 1991;10:383-393.
- (13) The China Salt Substitute Study Collaborative Group. Salt substitution: a low-cost strategy for blood pressure control among rural Chinese. A randomized, controlled trial. *J Hypertens* 2007;25:2011-2018.

- (14) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. The Joint WHO/FAO Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutr* 2003;7:245-50.
- (15) Garriguet D. Sodium consumption at all ages. *Health Reports* 2007;18:47-52.
- (16) Wright JD, Wang CY, Kennedy-Stephenson J, Ervin RB. Dietary intake of ten key nutrients for public health, United States: 1999-2000. *Adv Data* 2003;1-4.