



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

Hoja informativa de políticas



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, en 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 localización, 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 elevada 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 que las complicaciones hipertensivas aumenten 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 previamente y consumidas 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 mesa.^{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 2000 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. La misma 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 en la reducción de la sal alimentaria para dirigir la iniciativa regional. Ellos elaboraron una declaración de políticas con recomendaciones y una serie de documentos para ayudar a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de profesionales de la salud, la industria de alimentos y la OPS, para reducir el consumo de sal y mejorar la salud de la población general. La declaración de políticas y los recursos pueden consultarse en:



www.paho.org/reduccionsal

En la dirección web arriba indicada también puede encontrarse una nota descriptiva para el público y los profesionales de la salud, que pueden servir como ayuda educativa.

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.