HÁBITOS ALIMENTICIOS Y ESTILO DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS.

TUTOR: Dr. Fernando Filippini
TESISTA: Pauletti Magali

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

OCTUBRE, 2011

INDICE

ABSTRAC	Pág. 3
INTRODUCCIÓN	Pág. 4-5
TEMA	Pág. 6
PROBLEMA	Pág. 6
OBJETIVOS	Pág. 6
HIPOTESIS	Pág. 6
MARCO TEÓRICO	Pág. 7-48
ASPECTO METODOLÓGICO	Pág. 49
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	Pág. 50
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	Pág.50
RESULTADOS Y GRÁFICOS	Pág.51-68
CONCLUSIÓN	Pág. 60-73
BIBLIOGRÁFIA	Pág.74-75
ANEXO	Pág. 76-79

ABSTRAC

Los hábitos y estilo de vida de las personas condicionan a una correcta o incorrecta nutrición, lo cual puede, muchas veces tener asociados una o varias patologías, las cuales modifican o afectan la salud de dichas personas. La falta de tiempo, de ganas, el ingreso económico con el que cuentan, la cantidad de individuos que forman parte de su familia, la falta de conocimiento, condiciona a la mala elección o escasa compra de alimentos. Existen estudios que confirman la necesidad de conocer los hábitos alimentarios, cuyos resultados permitan intervenciones, sobre todo educativas, que corrijan las deficiencias nutricionales que deterioran la calidad de vida de estos adultos. **Objetivo general:** Analizar el consumo excesivo de alimentos con alto contenido en sodio y estilo de vida de los pacientes hipertensos del SamCo de la ciudad de Timbues.

Método: cuestionario de preguntas cerradas, sobre hábitos alimenticios y estilo de vida. Se compararon entre dos grupos de personas de diferentes edades, 40-50 años y 50-60 años, que concurren al SAMCo de la ciudad de Timbues.

Resultados: el 70% de las personas afirman realziar las comidas en su casa. El 73,33% dice agregar sal de mesa a sus comidas. Aproximadamente el 66,66% afirma utilizar hierbas naturales para realzar los sabores de las comidas, sobre todos las personas entre 50-60 años. Existe un alto consumo de productos enlatados,caldos o cubitos para saborizar(60%), fiambres (86,66%), embutidos (70%), jugos el polvo o concentrados (53,33%).La mayoria realiza actividad física como mínimo 3 veces por semana

Conclusión: la incorrecta elección de alimentos y preparaciones inadecuadas se vio en mayor medida en las personas de entre 40-50 años, refieren hacerlo por falta de tiempo y horarios de trabajos a los que están sometidos. El hábito alimentario y estilo de vida difieren en muchos casos de manera notable entre los dos grupos de edades.

Palabras claves: Hábitos alimentarios, estilo de vida, adultos, patologías asociadas.

INTRODUCCION

La popularidad del tema de la nutrición y hábitos ponen en manifiesto la importancia que los alimentos tienen en nuestra cultura. A pesas de toda la info rmación disponible, muchas personas toman malas decisiones en cuanto a alimentos (Canadian Journal of Public Health ,2005).

Las enfermedades crónicas, tales como, problemas cardíacos, hipertensión arterial, están con frecuencia relacionados con la mala elección de alimentos y calidad de la dieta. Tanto la inactividad física, como el sobrepeso u obesidad y malos hábitos alimentarios forman parte de los principales factores de riesgo de desarrollar hipertensión arterial y consecuentemente diversos problemas cardíacos futuros. (British Journal of Nutrition, 2005).

En los últimos tiempos el estilo de vida de las personas ha cambiado rotundamente; se ha pasado de una sociedad en donde el trabajo físico era la norma de una sociedad sedentaria. El pasar a trabajos full time en oficinas, el habito de realizar todo tipo de actividad en automóvil, el estar frente a un televisor varías horas al día, el poco tiempo y ganas de cocinar que llevan a la compra de ¨comida chatarra¨ con alto contenido en sodio, colesterol, azucares, calorías; sin lugar a duda, este gran cambio a nivel social es lo que llevó este último tiempo a desarrollar hipertensión arterial.

La hipertensión es una enfermedad crónica no transmisible, por esta razón , vivir con ella es un desafío diario para millones de personas. No obstante con el tratamiento y los controles adecuados se puede llevar una vida plena y satisfactoria, evitando complicaciones. Hoy en día, la hipertensión constituye una de las patologías mas frecuentes tanto sea de salud pública como privada.

A menudo se la denomina ¨La asesina silenciosa¨ en virtud de que las personas hipertensas pueden no presentar síntomas durante años y luego sufrir un ataque de apoplejía o un ataque cardiaco letal.

Aunque no se dispone de curación, la prevención y el tratamiento reducen la frecuencia de esta enfermedad y sus secuelas. El énfasis en las modificaciones del estilo de vida ha conferido a la dieta un papel preponderante tanto en la prevención primaria como en el tratamiento del trastorno.[1]

[1] Mahan, Kathleen L.; Escott-Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Estados Unidos, Pennsylvania: Mc. Graw-Hill Interamericana editores. 2001.Cap 27, p. 649-664.

La hipertensión es una patología, que, raramente se presenta en forma aislada sino que generalmente tiene otros factores de riesgo, aquellos que, cuando están presentes predisponen al desarrollo de la enfermedad cardiaca. Los más importantes son el colesterol elevado, diabetes, el sobrepeso, el tabaquismo, el sedentarismo y los antecedentes familiares de hipertensión arterial. [2]

Conceptualmente se conoce la hipertensión desde hace mas de 100 años, todavía hoy se debate cual es el nivel de presiona arterial que debe ser considerada como *normal.*

Esto se debe a que la presión arterial es una variable cuantitativa continua sin un determinada valor que permita separara la población normal de la hipertensa. Así, cuanto mayor es la presión arterial mayor es el riesgo de mortalidad.

La hipertensión arterial es un proceso que afecta eminentemente a comunidades y es extraordinariamente prevalente, por lo que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial. Es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde. Los pacientes y sus familias necesitan disponer de información útil para gestionar mejor la enfermedad.

En la mayoría de los casos la causa del desarrollo de dicha patología se desconoce, es por ésta razón que se despierta en mi el interés en conocer a través de este trabajo, no solo que consumen los pacientes que concurren al SamCo de la cuidad de Tímbues, indagar también sobre elección de alimentos, técnicas culinarias aplicadas, saber si cuentan con antecedentes familiares, u otras patologías asociadas que puedan despertar dicho trastorno. [3]

---

[2] Fundación cardiológica argentina, , Fecha: 26/05/2011 www.fundacioncardiologica.org/tha

[3] Timbues es una localidad del departamento San Lorenzo, provincia de Santa Fe, se encuentra sobre la Ruta Nacional 11, a 11 km de la Ciudad de San Lorenzo, a 7 km de Puerto General San Martín y a 35 km de Rosario.

TEMA

Hábitos Alimenticios y estilo de vida en pacientes hipertensos.

PROBLEMA

¿Consumir alimentos con alto contenido en sodio y estilo de vida no saludable condicionan el desarrollo de hipertensión arterial?

OBJETIVO GENERAL

Analizar el consumo excesivo de alimentos con alto contenido en sodio y estilo de vida de los pacientes hipertensos del SamCo de la ciudad de Timbues.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

a. Evaluar el estilo de vida de los pacientes.
b. Evaluar hábitos alimenticios y consumo de alimentos con alto contenido en sodio.
c. Analizar IMC y circunferencia abdominal como factores de riesgo asociados a hipertensión arterial.

HIPÓTESIS

El consumo excesivo de alimento con alto contenido en sodio y estilo de vida no saludables en pacientes hipertensos condicionan al desarrollo de hipertensión arterial.

MARCO TEORICO

El corazón actúa como una bomba que envía al organismo alrededor de 5 litros de sangre por minuto. Cuando el corazón se contrae, impulsa sangre hacia las arterias. La presión más alta alcanzada se llama sistólica o máxima. Cuando se relaja, la presión más baja se denomina diastólica o mínima.[4]

Lo primero y mas importante que hay que destacar es que la hipertensión arterial es una enfermedad de la pared arterial, que se caracteriza por un aumento de su espesor con cambios en se estructura y aumento de la resistencia. En la mayoría de los casos la causa se desconoce, pero existe un componente genético o hereditario que provoca que una persona la desarrolle en algún momento de su vida. Este riesgo puede aumentar aún más cuando ambos padres son hipertensos o bien, cuando manejan factores de riesgo asociados, que, cuando se practican conllevan al desarrollo de dicha patología.

Una definición general de la hipertensión es una presión arterial sistólica de 140 mmHg o más, o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o más, o bien, ambas a la vez. Hoy en día el 90-95 % de los individuos con presión arterial alta presentan hipertensión esencial o primaria, cuya causa aun no se ha determinado. Aunque ésta probablemente sea multifactorial, en la actualidad se sabe que la disfunción renal acompaña al desarrollo de la hipertensión. En un pequeño porcentaje de pacientes, la hipertensión es causada por otra enfermedad, por lo general endocrina y por tanto se le denomina hipertensión secundaria.

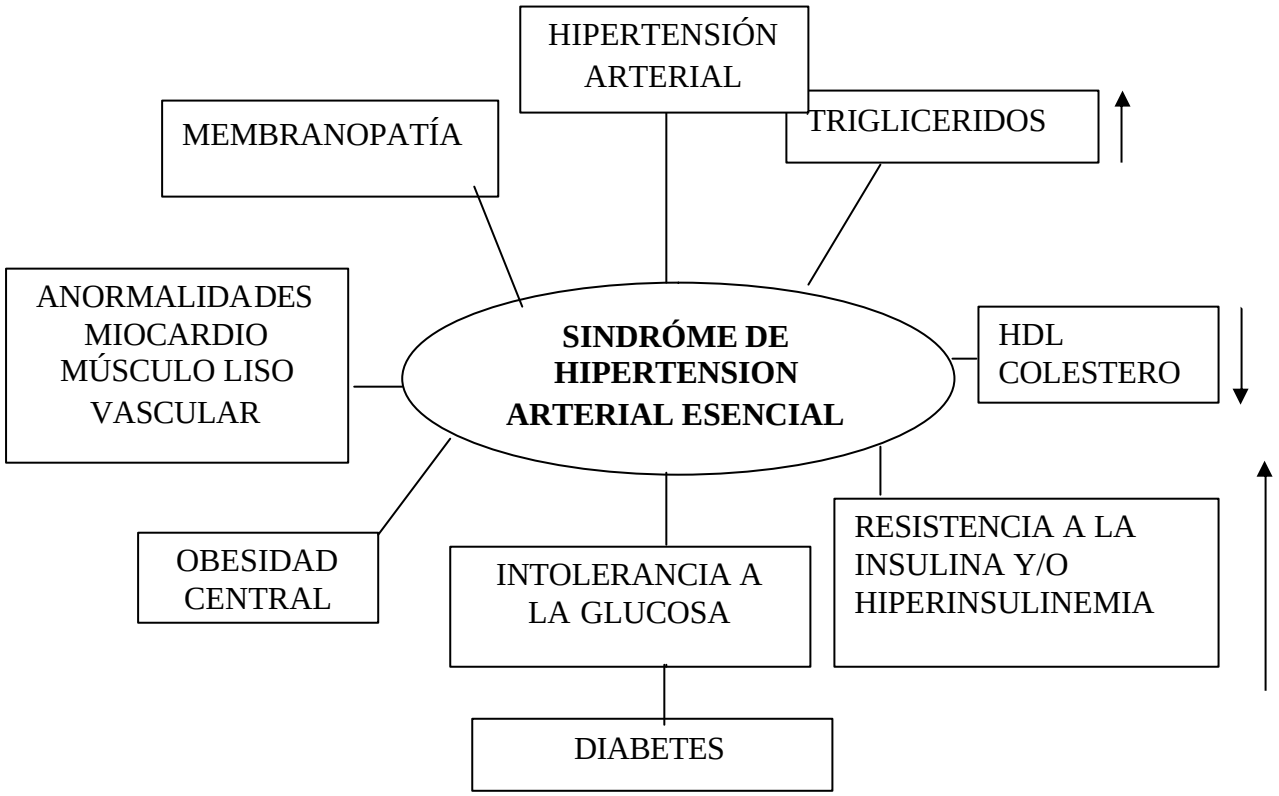
Farraras –Rozman, en el libro ¨ *Medicina Interna, volumen I*¨, define a la hipertensión arterial

[4] www.fundacióncardiologica.org/tha

como una elevación sostenida de la presión arterial sistólica o diastólica que, con toda probabilidad, representa la enfermedad crónica más frecuente de las muchas razones que azotan a la humanidad. [5] Su importancia reside, en el hecho de que cuanto mayores sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Así sucede en la mayoría de las poblaciones, en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

Podemos decir que la hipertensión arterial se caracteriza por un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar, pero muy difícil de controlar.

SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL



Los problemas diagnósticos y terapéuticos están íntimamente relacionados con su control ya que el incremento de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares que son las grandes causas de muerte en el mundo civilizado - dependen

[5] Farraras, Rozman, ¨Medicina interna¨, decimaquinta edición, volumen I, el Servier, España, 2004.Cap 67

del mismo y la HTA a su vez interviene en la patogénesis de ambas afecciones y de la insuficiencia renal.

Por lo tanto no caben dudas que la HTA es uno de los problemas de salud más importantes en el mundo y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbilidad y la mortalidad.[6]

Los estudios epidemiológicos sobre la presión arterial de distintas poblaciones han demostrado que su distribución es continúa y no bimodal, por lo que resulta difícil saber qué cifras de presión son normales y cuáles elevadas. La distinción entre normotensión e hipertensión es puramente arbitraria Dichos niveles varían no solo con la edad, sino también con el sexo, la raza y aquellos factores que conforman el estilo de vida de una paresota, inactividad física, consumo elevado de alimentos con alto contenido en sodio. Así también, es importante destacar, que los valores de presión arterial aumentan con la actividad física intensa, el cambio de temperaturas extremas, la digestión y la carg emocional. La presión arterial no es constante a lo largo del día, sino que varía mucho durante el día y la noche.

Las cifras de presión diabólica aumentan hasta los 50 años, para posteriormente estabilizarse o tender a decrecer. Por lo contrario, las cifras de presión sistólica siguen incrementándose con la edad, de forma que la hipertensión sistólica es la forma más frecuente de hipertensión a partir de los 60 años.

Así es que, hasta los 50 años la elevación de la presión diastólica es el elemento más importante, entre los 50 y 60 años, tanto la presión diastólica como sistólica son importantes, y a partir de los 60 años, la elevación de la presión sistólica y de la del pulso (diferencia entre sistólica y diastólica) son los componentes mejor relacionados con el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, especialmente coronarias.(FARRERAS-ROZMAN)

[6] Joaquín Sellén Crombet, Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control, e-libro, editorial universitaria, Cuba.

EPIDEMIOLOGIA

Según las OMS, el 33% de las personas entre 40 y 50 años padecen hipertensión arterial. La prevalencia aumenta progresivamente con la edad. Así, es hipertenso el 47% de los argentinos mayores de 50 años,

el 67% de los mayores de 60 años y el 72% de quienes tiene más de setenta. Un estudio realizado e Tierra del fuego muestra que las mujeres de entre 18 y 30 años presentan casi el doble de prevalenci que los hombres (auque esta dolencia es mas frecuente en ellos) : el 32% frente al 17,9%. Sin embargo, en el grupo de entre 40 y 65 años, esta brecha se reduce consideradamente: la prevalencia mujeres es del 48,6% y en hombres del 40,4 %.

Se dice así que 3,5 de cada diez argentinos padecen hipertensión arterial. [7]

PREVALENCIA

Considerando en conjunto los múltiples estudios epidemiológicos, se estima que entre el 20 % y el 25% de los adultos de más de 18 años presentan cifras consideradas como hipertensión. La prevalencia aumenta progresivamente con la edad y llega a alcanzar cifras superiores al 50 % entre l individuos de más de 65 años. Existen escasos datos sobre la prevalencia de hipertensión secundaría en diferentes comunidades y en distintos grupos de edad, aunque se estima en un 6-8% del total de l población en general es hipertensa.

Aproximadamente el 60% de la enfermedad cerebrovascular y el 50% de la enfermedad coronaria es atribuible a la presión arterial elevada. El colesterol elevado es responsable de un 20% de la enfermedad cerebrovascular y de un 60% de

[7] Fundación Cardiológica, , ¿Qué es la hipertensión arterial?, 26/05/2011. http://www.fundacioncardiologica.org/hta l.htm

la enfermedad coronaria, mientras que el consumo de tabaco contribuye con un 12% de la enfermedad cardiovascular.[8]

ESTADÍSTICA

En cuanto a estadísticas, 1 de cada 3 personas tienen hipertensión. El 50% de las personas que tiene hipertensión no lo saben. Un 25% sabe, pero no están tratadas. Un 12,5% sabe, pero no están controlados. Y otro 12,5% también sabe y sí están controlados.[9]

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Si bien por lo general los hipertensos no presentan síntomas, la hipertensión no es una enfermedad benigna. Los síntomas cardíacos, cerebrovascular y renal resultan afectados por la elevación crónica de la presión arterial. La aterosclerosis, que es la causa fundamental de gran parte de la enfermedad cardiovascular, es un resultado directo del daño de órganos terminales por la hipertensión.

FISIOPATOLOGIA

La presión arterial es una función del gasto cardiaco multiplicado por la resistencia periférica (la resistencia en los vasos sanguíneos al flujo de sangre). El diámetro del vaso sanguíneo afecta notablemente al flujo de sangre. Cuando disminuye el diámetro (como en el caso de la aterosclerosis), aumenta la resistencia y la presión arterial. A la inversa, cuando se incrementa el diámetro(como cuando se administra farmacoterapia vasodilatadora), disminuye la resistencia y se reduce la presión arterial.

Si bien la hipertensión arterial, puede tener origen genético y hereditario, existen otros factores de riesgo asociados, los cuales se van agudizando con la edad o el paso de tiempo.

[8] Promoción de la Salud cardiovascular y la alimentación saludable. Estudios y experiencias. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 16/9/2011

[9] Apuntes de cátedra de Dietoterapia del Adulto, tercer año, UAI, 2010

Podemos decir, que son factores relacionados con la dieta, dentro de estos podemos encontrar: sobrepeso, alto consumo de sal, consumo de alcohol, inactividad física.[10]

PA= GC x RP

GC= VMC x FR

PA: (presión arterial): es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias, es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte de oxígeno y los nutrien a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar.

GC(gasto cardíaco): es el volumen de sangre expulsado por un ventrículo en un minuto

RP(resistencia periférica): es la resistencia en los vasos sanguíneos al flujo de sangre.

VMC (volumen minuto cardíaco): es el índice más importnate de la función cardíaca y corresponc a la cantidad de sangre que el corazón impulsa a las arterias en un minuto.

FC(frecuencia cardiaca): es el número de latidos del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. [11]

La mayoría de los pacientes presentan hipertensión esencial o idiomáticas y no se reconocen en ello una causa evidente de a elevación de la presión arterial (PA). En su génesis se sugieren factores diversos que da una forma aislada o en su conjunto producirían esta enfermedad. En la búsqueda de las causas de la hipertensión arterial (HTA); *Irving PAge* imaginó un mosaico (teoría del mosaico patogénico) formado por grados diversos de participación de múltiples factores, hipótesis que en la actualidad goza de aceptación al postilarse diferentes mecanismos patogénicos para explicar la HTA esencial. El desglosamiento es el siguiente:

1. Aumento de la resistencia periférica;
2. defecto renal de la excreción de sodio;
3. defecto del transporte de sodio a través de las membranas celulares.

[10] Mahan, Kathleen L.; Escott-Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Tomo 1.Estados Unidos, Pennsylvania: Mc. Graw-Hill Interamericana editores. 2001

[11] Apuntes de cátedra de dietoterapia del Adulto, tercer año, UAI, 2010.

AUMENTO DE LA RESISTENCIA PERIFERICA

La HTA esencial se ha relacionado con un incremento de la resistencia vascular periférica de pequeñas arterias y arteriolas, cuya cantidad, proporcionalmente grande, de músculo liso establece u índice pared-luz elevado, con lo cual las pequeñas disminuciones del diámetro de la luz provocan grandes aumentos de la resistencia. *Folkow*[12] propuso que individuos genéticamente predispuestos muestran una respuesta presora exagerada al estrés, hecho que, al provocar un aumento de la presión de perfusión, da lugar a una vasocontricción funcional protectora inmediata para normalizar la presfusión hística a través del mecanismo reflejo miogénico de autorregulación. Con el paso del tiempo, se produce hipertrofia del músculo liso de los vasos con depósito de colágeno y de material intersticial, factores que provocan un engrosamiento persistente de los vasos de resistencia lo cual explica que los hipertensos mantengan,

aun en estados de vasodilatación máxima, una resistencia vascular aumentada en el antebrazo comparada a la de los sujetos normotensos.[13]

CLASIFICACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL

La clasificación propuesta se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Clasificación de los niveles de PA en mayores de 18 años no medicados y sin intercurrencias clínicas, sin tratamiento antihipertensivo, según la guía de consenso ESH/ESC[14]

[12] Folkow B. Physiological aspects of primary hypertension. Physiol Rev 1982; 62:347.

[13] Revista Cubana de Medicina, v.35, n.3, ciudad de la Habana Sep-Dic, 1996. 26/05/2011- 18.30hs, www.scielo.com.cu

[14], European Society of Hipertensión-European Society of Cardiology cuidelines fot the Management of Arterial Hypertension. 2003

Los valores representan el promedio de múltiples mediciones obtenidas en dos o más visitas al consultorio

Categoría	**PAS**	**DAS**
Normal	Hasta 129 y/o	Hasta 84
Limítrofe	130-139 y/o	85-89
HTA Grado o Nivel 1	140-159 y/o	90-99
HTA Grado o Nivel II	2 > 160 y/o	> 100*
HTA sistólica Aislada	=140 y	< 90

- Dentro de la HTA grado 2, los pacientes con PA > 180 y/o 110 mmHg. en dos tomas separadas por 30 minutos entre ellas, son considerados hipertensos en la primera consulta, no requiriendo confirmación en una consulta posterior. *(GUIAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION PARA EL DIAGNOSTICO, ESTUDIO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL)*

CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN POR GRADOS DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS

Fuente: I consenso nacional de hipertensión arterial, siguiendo las recomendaciones del Sexto Comité Nacional Conjunto Nacional (JNC VI) y la sociedad británica de hipertensión15.

El médico, la enfermera o la auxiliar de enfermería deben informar a la persona acerca del resultado de la toma de presión arterial, orientar y dar educación sobre estilos de vida saludable, y darle una nueva cita, con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles de presión arterial.

· Presión Arterial Optima o Normal. En caso de personas con presión arterial óptima o normal, sin factores de riesgo asociados, se hacen los registros correspondientes, se da educación en estilos de vida saludable y se cita para un nuevo control en cinco años. Flujograma 1.

· Presión Arterial Normal con factores de riesgo y Presión Arterial Normal Alta. Las personas con presión arterial normal con factor de riesgo y normal alta sin factores de riesgo se citan a control en dos años y con presión normal alta con factores de riesgo, se citan a control en un año, en ambos casos se da educación en estilos de vida saludable y se intervienen los factores de riesgo en forma

individualizada, con el profesional correspon-diente (nutricionista, psicólogo, médico, etc.). Flujograma 1

· Hipertensión Arterial Estado 1, 2 y 3. Como en los anteriores casos las personas con hipertensión estado 1, 2 y 3, el médico realiza el control de TA confirmatorio, incluyendo anamnesis, examen físico completo y en caso necesario solicita los laboratorios de rutina. Todas las personas deben recibir educación en estilos de vida saludables y en caso de tener factores de riesgo se deben intervenir en forma individualizada.

ETIOLOGIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Hipertensión esencial: el diagnostico de hipertensión arterial se establece básicamente por exclusión y sólo cuando se han descartado todas las causas secundarias se puede llegar a aceptar tal diagnóstico. Quizá el único dato positivo es la historia familiar.
- Hipertensión sistólica aislada: cursa con cifras de presión sistólica superiores a 140mmHg y presión diastólica inferior a 90 mmHg. Es muy común por encima de los 60 años y confiere un riesgo cardiovascular muy elevado a los pacientes que la presentan.

- Hipertensión de la vejez: la prevalencia de hipertensión en individuos de edad igual o superiores a 60 años es de alrededor del 60%. Los pacientes de edad avanzada generalmente presentan hipertensión sistólica aislada o de gran predominio sistólico(elevación de la presión del pulso) . debido a la pérdida de elasticidad de los vasos. Esta es, generalemente el tipo de hipertensión mas sensible a la sal.

- Hipertensión hiperadrenérgica:es un cuadro clínico caracterizado por una hipertensión paroxística sobre unos niveles de normotensión o de hipertensión ligera, acompañada de cefaleas a veces pulsátiles, sudación, diarrea, sofocaciones, taquicardia en ocaciones con arritmia, ansiedad, palpitaciones y poliuria posparoxismo.

- Hipertensión ortostática: se caracteriza por una presión arterial diastólica normal en decúbito, que , después de 5-60 minutos de ortostatismo, se eleva a más de 90 mmHg. Se acompaña de excesiva taquicardia, y en ocaciones una coloración rojiza en las extremidades inferiores durante el ortostatismo. [15]

[15] Farraras-rozman, Medicina Interna, Vol. I, decimoquinta edición, 2004, Elservier , España.

DIAGNOSTICO

Como ya sabemos, la hipertensión arterial es comúnmente llamada el ¨asesino silencioso¨: es una enfermedad sin síntomas, o con síntomas que no son fáciles de reconocer ni de relacionar con una elevada presión arterial, como dolores de cabeza, mareos y aturdimiento. La hipertensión asecha, agazapada y afecta a millones de personas en el mundo, muchas de las cuales no saben que padecen dicha patología.

La falta de síntomas no debe engañar respecto de su peligrosidad, la hipertensión no tratada va dañando lentamente diferentes órganos como: cerebro, corazón, riñón, arterias, siendo una de las principales casas de ataque cardíacos, fallas renales e incluso disminución visual y ceguera.

La base del diagnóstico de hipertensión arterial la constituye las mediciones de la presión realizadas en el consultorio del profesional. Un paciente es hipertenso cuando presenta de forma repetida valores iguales o superiores a 140 – 90 mmHg en tres mediciones en diferentes consultas.

En caso de diagnóstico de hipertensión, suele realizarse un análisis complementario del corazón mediante un ecocardiograma. Para completar el diagnóstico, se pedirá la historia clínica del paciente, para conocer sus antecedentes y hábitos alimenticios, como así también historia clínica familiar, ya que la presencia de pacientes hipertensos o con problemas cardiacos pueden indicar un factor hereditario.

EXÁMENES BÁSICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Fuente: Modificado del I Consenso Nacional para el Diagnóstico y Manejo de la HTA

· Individualizado en cada paciente y de acuerdo a criterio médico.

· 1 Factores de riesgo tales como: Obeso, Sedentario, Fuma, Antecedentes

· F.R.: Factor de riesgo LOB: Lesión de Organo blanco

Otros exámenes son opcionales y dependen del criterio médico: Rayos X de tórax, ecocardiograma, microalbuminuria, Na y Ca séricos, ácido úrico, hemoglobinaglicosilada.

La valoración completa debe orientar la clasificación del grado de hipertensión arterial, identificar los factores de riesgo asociados, el riesgo cardiovascular total, la lesión de órgano blanco, implementar la terapia individual, y determinar la respuesta al tratamiento instaurado.[16]

[16] : Guía de atención primaría de salud. ¨ http://medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm. 20/09/2011

El diagnóstico de HTA se basa en el promedio de múltiples tomas de PA.

Los métodos recomendados para la toma de la PA son:

- ✓ Registro de PA en el consultorio: mediciones realizadas en el consultorio médico
- ✓ Monitoreo Domiciliario de Presión arterial (MDPA): mediciones automáticas realizadas por el propio paciente.
- ✓ Monitoreo Ambulatorio de Presión arterial de 24 horas (MAPA): mediciones automáticas en ausencia de operador

Recomendación en la determinación de presión arterial *(Report of Second Task Force)*

(Susana Miceli y Adriana Aradle, 2003)

- Posición sentada con el brazo derecho apoyado a la altura del corazón.
- Reposo previo de 2 a 5 minutos.
- Tranquilidad ambiental y ambiente confortable
- Preferentemente esfingomanómetro de Hg.
- Mango apropiado: la vejiga neumática debe cubrir 2/3 del brazo y el ancho de la circunferencia del mismo. Si no se dispone del mango apropiado se recomienda utilizar uno mas grande.

TECNICA:

- Colocar el manómetro a la altura de los ojos.

- Insuflar el manguito en forma rápida y 20 mm Hg por encima de la presión necesaria para ocluir totalmente la arterial braquial del brazo derecho.

- Desinsuflar lentamente de 2 a 3 mm Hg por segundo y mientras se ausculta la arteria braquial.

- Presión sistólica: primer sonido audible.

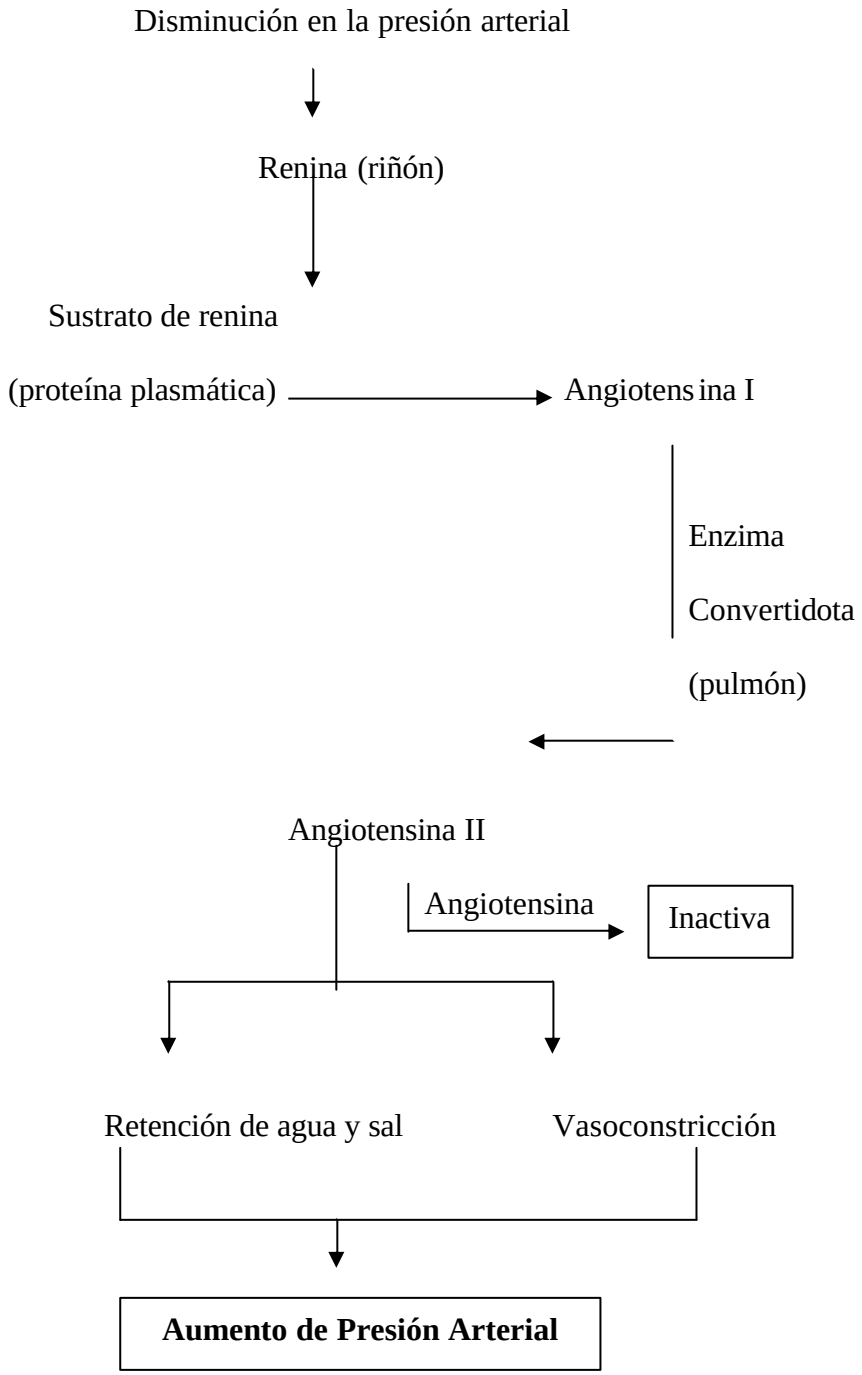
- Presión diastólica: cuando el sonido desaparece en su totalidad.

- Tres mediciones separadas por un tiempo no menos a 24 horas c/u.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria de la hipertensión podría tener un impacto importante sobre la población al mejorarse a calidad de vida y los costos inherentes al tratamiento médico de esta enfermedad y sus complicaciones. Una estrategia poblacional sería reducir la presión arterial en personas con niveles por encima de los óptimos (más de 120/80mmHg), pero por debajo de las cifras límites para el diagnostico. Un desplazamiento descendente de 3 mmHg en la presión arterial sistólica disminuiría la mortalidad por aoplejía en 8% y por cardiopatía coronaria en 5%(Joint Nacio nal

Comité, 1993. a los individuos con máximo riesgo (vemos listado que se encuentra a continuación, CUADRO1.1) se les aconsejará con insistencia que adopten estilos de vida más saludables. Son esenciales varios cambios en el estilo de vida del paciente quien cuente con la presencia de más de un factor de riesgo.[17]



[17] Mahan, Kathleen L.; Escott-Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Tomo 1.Estados Unidos, Pennsylvania: Mc. Graw-Hill Interamericana editores. 2001

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LOS INDIVIDUOS.

La nutrición es uno de los principales determinantes modificables dentro de las enfermedades crónicas. Hay suficiente evidencia científica para sostener que las alteraciones en la dieta tienen fuertes efectos positivos y negativos en la salud, a lo largo de la vida.

En Argentina, las enfermedades del sistema circulatorio se presentan como la primera causa de muerte, correspondiendo al 34 % del total de defunciones con causa definida registradas en el año 2003. De esas dolencias, el 73 % se debe a enfermedades cardiovasculares (isquémicas del corazón, hipertensivas, insuficiencia cardíaca, ateroesclerosis, y otras enfermedades del corazón).

El reporte técnico presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, referido a “Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas”, establece que más allá del tratamiento médico apropiado para aquellos individuos ya afectados, el enfoque de la salud pública hacia la prevención primaria es considerado el curso de acción más costo efectivo, alcanzable y sostenible para poder lidiar con la epidemia mundial de enfermedades crónicas.

CUADRO 1.1

FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL

FACTOR DE RIESGO RELACION CAUSAL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- EDAD Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica4,. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.
- SEXO La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino6.
- ORIGEN ÉTNICO La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.
- HERENCIA La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

FACTORES COMPORTAMENTALES :

- TABAQUISMO: El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es

responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA.

FACTOR DE RIESGO RELACION CAUSAL

- ALCOHOL: El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total10.
- **SEDENTARISMO:** La vida sedentaria aumenta de la masa muscular(sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión11.
- **NUTRICIONALES:** Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial12. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

- **SOCIALES:** estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).

FACTORES BIOLOGICOS

- **OBESIDAD:** El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia,etc.
- **DISLIPIDEMIAS**:El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.
- **DIABETES MELLITUS:** La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.[18]

CUADRO 1.2

MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA PARA PREVENIR Y TRATAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL *(Debra Krummel, Krause)*

- Bajar de peso si existe sobrepeso

[18] Con adaptaciones de Nacional High Blood Pressure Education Program Working Group or primary prevention of hipertensión. Arch Intern Med 153:186,1993.

- Limitar el consumo de alcohol a no más de 1 onza[19](etanol,cerveza, vino whisky) ó 0,5 onzas (15Ml) de etanol en mujeres y personas de peso más liviano.
- Aumentar actividad física aeróbica (30- 45 min la mayor aprte de los días de la semana)
- Reducir el consumo de sodio a no más de 100mmol/día (2.4 g de sodio ó 6 g. de cloruro de sodio.
- Mantener el consumo adecuado de calcio y magnesio alimentarios para un buen estado de salud general
- Suspender tabaquismo y disminuir el consumo de grasas saturadas y colesterol en los alimentos para lograr una salud cardiovascular global.

La relevancia de la alimentación saludable y la actividad física para la salud pública fue remarcada por la Organización Mundial de la Salud en la "Estrategia Mundial de Alimentación Saludable y Vida Activa", aprobada en el año 2004 por los países miembros. Esta estrategia destaca el rol de la alimentación inadecuada y la inactividad física en la epidemia de las enfermedades no transmisibles y recomienda a los gobiernos implementar políticas para promover la adopción de hábitos saludables a nivel poblacional. Las acciones deben estar orientadas tanto a individuos como a la población en su conjunto, y utilizar no sólo la comunicación y educación, sino también cambios en el entorno favorecedores de elecciones saludables.

La estrategia de la OMS, acompañada de un reporte de expertos sobre la evidencia de la asociación entre alimentación y enfermedades no transmisibles, propone iniciar políticas de promoción de la alimentación saludable a corto plazo sustentadas por un

[19] Onza, se utiliza como unidad de medición 1 ONZA: 30 ML

lado en esta evidencia de daño y por otro lado en la evidencia de la efectividad de diferentes intervenciones.

El Ministerio de Salud ha realizado reuniones nacionales para discutir el informe de expertos y la estrategia a adoptar y por otra parte, implementó la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, como parte de un sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles, que permite por primera vez contar con una línea de base nacional y provincial para el diseño de intervenciones, fijación de metas y evaluación de resultados.

Los datos producidos por la encuesta muestran, entre otros aspectos, la magnitud de los riesgos de enfermedades cardiovasculares en la población adulta de nuestro país y su mayor incidencia en los sectores de menores ingresos: La mitad de la población tiene exceso de peso, un tercio hipertensión arterial, 28% colesterol elevado y el 46% no realiza un mínimo de actividad física recomendada (ver www.msal.gov.ar).

FACTORES RELACIONADOS CON LA DIETA

Se ha comprobado que la modificación de cuatro factores optimiza la eficacia de la prevención primaria y el control de la hipertensión. Estos son:

1. Sobrepeso u obesidad.
2. Alto consumo de sal
3. Consumo de alcohol
4. Inactivación física
5. Tabaquismo
6. Diabetes mellitas

7. Dislipidemias (LDL/HDL)
8. edad (>55 años en varones, >65 años en mujeres), raza y sexo
9. Historia familiar en enfermedad cardiovascular prematura (varones <55 años, o mujeres <65 años)
10. Lesión orgánica en : corazón, SNC, riñón, arteriopatía periférica, retinopatía.

Las metas para la intervención son:

1. bajar 4.5Kg o 5% del peso corporal
2. seguir una dieta modificada en grasa recomendada por la American Heart Association
3. reducir el consumo de sodio a 1800 mg/día.
4. Dieta DASH
5. limitar el consumo de bebidas alcohólicas.
6. aumentar actividad física.[20]
7. aumentar el consumo de Ca, Mg, y K.
8. aumentar aporte de frutas y verduras.
9. Disminuir los ácidos grasos saturados.
10. Aumentar los ácidos grasos mono y poliinsaturados.
11. Proporcionar ácidos grasos omega 3.

En los tiempos más recientes, los Trials of Hipertensión Prevention (THOP) (Trials, 1997) y los estudios DASH (Appel et al;.1997) demostraron que las intervenciones nutricionales evitaban la hipertensión o reducían la presión arterial en individuos con presiones normales altas. En los TOHP, la reducción de peso (meta de baja de 4,5KG) sola o combinada con la restricción de sodio (meta de 80 mmol/día) redujo

[20] Mahan, Kathleen L.; Escott-Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Tomo 1.Estados Unidos, Pennsylvania: Mc. Graw-Hill Interamericana editores. 2001

la frecuencia de hipertensión. No obstante, los cambios en la conducta no fueron sostenidos en el tiempo, lo que disminuyó su efecto positivo sobre presión arterial. El estudio DASH (Dietary Approaches to stop Hipertensión) comprobó que una dieta rica en frutas ,verduras y alimentos lácteos sin grasa y pobre en grasa saturada y grasa total reducían la presión arterial sistólica en un promedio de 6 a 11 mmHg. La dieta DASH se utiliza trato para prevenir como para controlar la presión arterial alta. Dado que contiene sustancialmente más frutas y verduras (8-10 porciones) que la cantidad que consume el norteamericano promedio, o lo que recomiendan varias organizaciones nacionales, el apego del paciente al régimen podría ser un reto fuera de contexto clínico. Otras intervenciones con eficacia limitada, o no demostrada, son el control de estrés; los suplementos de potasio, calcio, magnesio o aceites de pescado; y los cambios en el porcentajes de macronutrimentos. (KRAUSSE)

VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR. METAS TERAPÉUTICAS

Aunque la prioridad terapéutica en el hipertenso es normalizar la PA, la intensidad del tratamiento debe ser calibrada de acuerdo al riesgo cardiovascular total, el cual se estima relacionando la PA con la repercusión en los órganos blanco y la coexistencia de otros FR (tabla 4 Y 5).

Tabla 4. FR y hallazgos que indican ECV (

FR	DOB SUBCLINICO	EVENTOS LINICOS
***Nivel de PAS y PAD**	***HVI (Sokolow-Lyon >38 mm; Cornell >2440mm.ms, o**	***Enfermedad coronaria**

	masa > 125 g/m2 en hombres o > 110 g/m2 en mujeres)	* IC *ACV *EAOP * IR crónica (creatina >15mg/dl en hombres o >14mg/dl en mujer).
*Edad > 55 años en hombres y > 65 años en mujeres *Tabaquismo FR	*IMT > 0.9 mm o presencia de placa carotídea *VOP carótido femoral > 12 m/s DOB SUBCLINICO	EFECTO CLINICO
*Colesterol total > 200 mg/dl LDL >130 mg/dl; HDL < 40 mg/dl en Hombre O <46 mg/dl en mujeres; triglicéridos > 150 mg/dl *Hiperglucemia en ayunas (100-125 mg/dl)	*ÍTB < 0.9 *Creatinina entre 1.3-1.5 mg/dl en hombres o 1.2-1.4 mg/dl en mujeres * Microalbuminura (30-300 Mg/hs) o índice albúmina/creatinina > 20 en hombres o >30 mg/del en mujeres)	* Proteinuria hombres o < 46 mg/dl / 24 hs. (>300 mg/ *retinopatia avanzada hemorragia papiledema).

FR	DOB SUBCLINICO	EFECTO CLINICO
***DBT** ***Obesidad abdominal (cintura >102 cm en hombre o >88 cm en mujeres)** ***Antecedentes familiares de ECV prematura (<55 años en hombres o < 65 años** ***Menopaucea** ***Mala situación socioeconomico.** *** Bajo nivel económico**		

Modificado de 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal Advance Access published June 11, 2007.[21]

[21], GUIAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION PARA EL DIAGNOSTICO, ESTUDIO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. www.saha.org.ar, 26/08/2011

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DE PRESIÓN ARTERIAL

1. SOBREPESO U OBESIDAD:

El sobrepeso es un estado en el cual el peso corporal sobrepasa un estándar basado en la estatura. En cambio, la obesidad es un estado de adiposidad excesiva, sea generalizado o circunscripta. Es posible se obeso y tener un peso dentro de los límites normales de acuerdo con las tablas estándar, al igual que es posible tener sobrepeso sin estar obeso. Sin embargo en la mayoría de las personas, el sobrepeso y la obesidad tienden a ser paralelos entre sí. (Ida Laquatra,2001).

La obesidad es una entidad heterogénea, compleja y multifactorial. Es el problema de malnutrición (por exceso) característico de las sociedades desarrolladas.

Las estadísticas muestran que la obesidad aumenta los riesgos de otras enfermedades como: diabetes mellitus, gota, enfermedades biliares, aterosclerosis e hipertensión. [22]

Un indice de masa corporal de más de 27 se correlaciona con un aumento en la presión arterial (Joint Nacional Comité, 1997). El exceso de grasa abdominal (perímetro de cintura de más de 85 cm en mujeres y de 98 cm en los varones) se acompaña de un mayor riesgo de hipertensión y de otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. El riesgo de desarrolla hipertensión es de dos a seis veces más alto en individuos con sobrepeso que en personas con un peso normal. En el estudio de ***Framinghan,*** un aumento en el peso relativo de 10% predijo un incremento en la presión arterial de 77 mmHg.

Junto con el aumento de peso, se producen varios cambios fisiológicos , con lo cual se podrá explicar la relación entre el sobrepeso y la presión arterial, como son,

[22] Elsa N, Longo- Elizabeth T. Navarro, ¨tecnicas dietoterápicas¨, editorial El ateneo, Buenos Aires, Argentina, 2002.

resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, activación de los sistemas nerviosos simpático y de renina-angiotensina, y cambios físicos en el riñón. El aumento del consumo de energía también se relaciona con un aumento en la reabsorción renal de sodio y una elevación consecutiva en la presión arterial. *(Debra Krummel, krause)*

2. ALTO CONSUMO DE SAL

Las sociedades primitivas en las cuales el consumo de sodio es bajo (70meq/día) experimentan muy poca hipertensión, y no se presenta el aumento en la presión arterial que se observa con la edad y que es común en las sociedades industrializadas. La hipertensión es frecuente y la apoplejía es la principal causa de decesos en países con muy alto contenido de sal (9-12 g/día o 150-200 meq de sodio/día).

No toda persona reacciona al consumo de sal con un aumento en la presión arterial (hipertensión resistente a la sal). Las personas sensibles a la sal experimentan una reducción de 10 mmHg en la presión arterial cuando siguen una dieta baja en sal después de un consumo fuerte de la misma o un incremento de más de 5% en la presión arterial durante la restitución de sal tras la restricción. Los grupos más predispuestos a la sensibilidad a la sal son hipertensos en etapa 4 e hipertensos obesos.

Se recomienda una reducción en el consumo de sal de no más de 6 g/día (100 meq o 240 mg de Na/día) para prevenir la hipertensión. (*Debra Krummel, krause)*

No sólo se debe tener en cuenta la sal agregada sino también la sal utilizada por la industria en los diferentes alimentos.

La industria alimentaría también recurre al sodio como ingrediente de compuestos que son adictivos, estabilizantes o comerciantes. Habitualmente, pensamos en la sal y viene a nuestra mente el salero en la mesa, los fiambres, y embutidos, los quesos duros y los productos de copetín; sin embargo el sodio también forma parte del sabor dulce. Si bien fiambres, snack y embutidos son fuentes clásicas e indiscutibles de sodio, existen otras menos tenida en cuanta: se trata de los productos panificados, que incluyen mayoritariamente al pan artesanal con consumimos cotidianamente. Se calcula que en nuestro país el consumo diario promedio de panificados (pan y productos de panadería en general) alcanza los 175 gr por persona.

3. CONSUMO DE ALCOHOL

De 5 a 7 % de los casos de hipertensos en la población se deben al consumo de bebidas alcoholicas. Tres bebidas por día(un total de 3 onzas [90 ml] de alcohol) es el umbral para elevar la presión arterial y conlleva un aumento de 3 mmHg. Para evitar la presión arterial alta, el consumo de alcohol será menor de dos bebidas por día (720 ml) de cerveza, 10 onzas (300ml) de vino o 2 onzas (60 ml) de whisky. En las mujeres y en los individuos de peso liviano se recomienda no más de 1 bebida por día. (*Debra Krummel, Krause).*

4. ACTIVIDAD FISICA

Los individuos menos activos tienen de 30 a 50 % más de posibilidades de desarrollar hipertensión que aquellos que tiene una vida más activa. En el estudio Framingham, los niveles medianos a elevados de actividad física confirieron un efecto protector contra el desarrollo de apoplejía. El aumentar la

actividad física de baja a moderada intensidad a 30-45 min casi todos los días de la semana, es una medida auxiliar importante complementaria de otras estrategias, para la prevención primaria de la hipertensión. . (*Debra Krummel, Krause).*

El tipo de ejercicio recomendable es aeróbico (caminatas, natación), 45 min 3-4 veces/semana, suplementados con ejercicios con componente isométrico. Si la PA no está bien controlada el ejercicio intenso debería desalentarse o posponerse hasta lograr un buen control tensional.[23]

5. TABAQUISMO

La medida preventiva cardiovascular más importante es dejar de fumar. Fumar produce un aumento transitorio de la PA (15 min.), probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas. El MAPA demostró que tanto los hipertensos no tratados como los normotensos fumadores tenían valores de PA diurnos mayores que los no fumadores. El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo coronario y otras enfermedades vinculadas.[24]

PATOLOGIAS ASOCIADAS: DIABETES Y DISLIPIDEMIAS

Las encuestas NHANES III (Nacional Education Programs,1991) muestra que el 40 % de las personas hipertensas presentan niveles elevados de colesterol en sangre (>240mg/dl). Cincuenta y cinco de los varones con sobrepeso presentan hipertensión, en comparación con 27% de los de peso normal. Una persona no fumadora con colesterol sanguíneo y presión arterial normlaes tienen un riesgo

[23] Guias de la sociedad argentina de hipertensión para el diagnostico, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial. www.saha.org.ar.26/08/2011
[24] www.saha.org.ar

de desarrollar enfermedades cardiovasculares de una décima del de otro individuo con hipertensión e hipercolesterolemia.

La hipercolesterolemia es reconocida como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de la enfermedad coronaria y la progresión de las lesiones ateroscleróticas. Se trata de prevenir la progresión de la placa aterosclerótica, inducir la regresión, y por lo tanto disminuir el riesgo de eventos coronarios agudos en pacientes con enfermedad coronaria preexistente o enfermedad vascular periférica. En sujetos con alto riesgo de enfermedad coronaria pero sin evidencia de aterosclerosis, el tratamiento está designado para prevenir el desarrollo prematuro de enfermedad coronaria, mientras que en aquellos que presentan hipertrigliceridemia, el tratamiento esta destinado a prevenir el desarrollo de hepatomegalia, esplenomegalia, y pancreatitis. [25]

Junto con la presión arterial, estos pacientes presentan hipertrigliceridemia, niveles bajos de colesterol HDL, obesidad y adiposidad central o troncal, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina y a menudo diabetes declarada. Se utilizaron muchos términos para esta gama de factores de riesgo y el más frecuente e síndrome X o hipertensión dislipidémica.

METAS EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN

CONTROL DE PESO

Los pacientes hipertensos que pesan más de 115% respecto del peso corporal ideal deberán someterse a un programa de reducción de peso individualizado que aborde tano el consumo hipocalórico como el ejercicio. Un objetivo inicial consistirá en lograr una disminución de peso de por lo menos 4,5 Kg. Esta mínima baja de peso

[25] ¨La dieta en las enfermedades cardiovasculares¨, 29/08/2011, 10:00 Am. www.scielo.com.ar,

no solo reducirá la presión arterial, sino a menudo normalizará los lípidos sanguíneos y la glucemia. Otro beneficio de la disminución de peso sobre la presión arterial es su efecto sinérgico con la famacoterapia; sujetos que adelgazaron y que estaban tomando un agente antihipertensivo, la disminución de la presión arterial fue mayor que en los que sólo tomaban el medicamento. *(DEBRA KRUMMEL, KRAUSE)*

Una dieta hipocalórica está indicada en los hipertensos con IMC > 25 kg/m_2 (rango de normalidad: 18.5 a 24.9 kg/m_2). Un meta-análisis demostró que con un descenso de 5.1 Kg. la PAS/PAD disminuyó 4.4/3.6 mmHg y logró beneficios sobre la insulinorresistencia, la DBT, la dislipidemia, la HVI y la AOS (198-200).[26]

[26] www.saha.org.ar. ¨GUIAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION PARA EL DIAGNOSTICO, ESTUDIO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL", 30/08/2011, 17.00 Pm

RESTRICCIÓN DE SAL

Se recomienda la restricción moderada de sal (6g de sal, 100 meq o 2400mg de Na/día) para tratar la hipertensión.

La reducción de la ingestión hasta un máximo de 5.8 g de sal diarios reducen la PA en un promedio de 4 a 6 mmHg. La medición de la excreción de sodio urinario es una medida adecuada para evaluar su consumo, ya que por cada gramo de ClNa ingerido se elimina diariamente 17 mEq de Na en orina (Clase I, A). Aun una modesta reducción del consumo de sal reduce las muertes por ACV un 14% y por enfermedad coronaria un 9% en hipertensos. *(Guia SAHA)*

La ingesta de potasio reduce la PA más en hipertensos que en normotensos (206). El aporte diario ideal en hipertensos no complicados es de 4-5 g, debiendo controlarse la potasemia en pacientes con IR crónica avanzada, IC e insuficiencia suprarrenal.

CONSUMO DE SODIO Y POTASIO CON BASE EN EL PESO CORPORAL

PESO(Kg)	SODIO (meq)	POTASIO (meq)
= 50.00	52.2	61.5
50.5-60.0	60.1	71.8
60.5-70.0	70.0	82.1
70.5-80.0	78.3	92.3
80.5-90.0	87.5	102.6
= 90.5	100.0	115.4

**krause*

DIETA DASH

Dietary approches ti stop hypertension (enfoque alimentario para detener la hipertensión); plan de alimentación que es rico en frutas, verduras, y productos lácteos bajos en grasa, ácidos grasos mono-insaturados, pescado, aves, nueces y es, por ende, pobre en grasas saturadas, carnes rojas, bebidas azucaradas y dulces. Tienen un efecto antihipertensivo independiente del consumo de sodio y del descenso de peso. Produce un descenso promedio de la PAS/PAD de 5.5/3.5 mmHg desde las dos semanas.

"Sabemos que mantener un peso saludable, realizar actividad física regularmente, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y de sodio en nuestras dietas, todo ayuda a reducir la presión arterial. La dieta DASH ofrece una manera más en que la gente puede reducir su presión arterial sin medicamentos", expresa el Dr. Thomas Moore, director del estudio original que desarrolló la dieta DASH y fundador de "DASH for Health" (DASH para la salud), el único programa en línea que enseña la dieta DASH.

El plan de alimentación DASH incluye alimentos ricos en potasio, calcio y magnesio (minerales que se han relacionado con la reducción de la hipertensión arterial), proteínas y fibras como receta para una buena salud del corazón. También cuenta con cantidades reducidas de grasas saturadas, colesterol, dulces y carnes rojas.

Los requerimientos nutricionales diarios para una dieta de 2000 calorías incluyen de seis a ocho porciones de granos integrales, de cuatro a cinco frutas, de cuatro a cinco vegetales y de dos a tres porciones de lácteos descremados. Las frutas secas, las semillas y las legumbres deben ingerirse al menos cuatro veces por semana. No debe consumir dulces más de cinco veces por semana.

RECOMENDACIONES:

1. Introduzca cambios graduales en su modo de comer

   • Si solamente come una o dos verduras al día, agregue una porción en el almuerzo y otra en la cena y aumente el tamaño de cada porción.

   • Si no come frutas o si solamente toma jugo en el desayuno, coma frutas en las meriendas y/o como postre.

   • Use la mitad de la mantequilla, margarina o aderezo que normalmente usa.

   • Use condimentos bajos en grasa o sin grasa, como por ejemplo, aderezo de ensalada sin grasa.

   • En vez de refrescos, bebidas alcohólicas o té con azúcar, tome leche descremada ó semidescremada al 1% con las comidas.

2. Planee sus comidas alrededor de arroz, fideos, vegetales y hortalizas.

   • Vea la carne como parte de la comida completa y no como el foco principal y limítese a comer al día (2 porciones). Un pedazo de carne de

3 o 4 onzas es como del tamaño de un juego de barajas

• Coma dos o más comidas sin carne a la semana.

3. Coma las siguientes frutas o comidas bajas en grasa para el postre:

- Frutas frescas o enlatadas, empacadas en su propio jugo Frutas deshidratadas
- Pretzels sin sal ó mezcla de nueces con pasa
- Galletas graham y otras galletas con grasa reducida
- Gelatina
- Yogur congelado o regular, con grasa reducida o sin grasa
- Palomitas de maíz sin grasa ni sal.

Alimento	***Porción diaria***	***Equivalencia 1 rebanada de pan***	***Ejemplos Pan de trigo, entero,***	***Imporancia de c/grupo de alimentos***
Granos y derivados	7 a 8	1/2 taza de cereal seco 1/2 taza de arroz cocido , pasta o cereal	panecillo, cereales, sémola, harina de avena	Principal fuente de energía y fibra.
Verduras	4 a 5	1 taza de verduras crudas 1/2 taza de verduras cocidas 180 ml de caldo	Tomate, papas, zanahoria calabaza, brócoli, coliflor repollo, espinaca, camote, alcaucil.	Fuente rica de potasio magnesio, fibra.
Frutas	4 a 5	180 ml de jugo de frutas 1 fruta mediana 1/4 de taza de fruta fresca congelada o enlatada	plátanos, dátiles, uvas, naranja, jugo de naranja, mangos, melones, durazno ananá, ciruelas, uvas, pasas fresas,	Fuente de potasio, magnesio y fibras.
Lácteos bajo en grasa o sin grasa	2 a 3	240 ml de leche 1 taza de yogur 42 gr de queso	leche descremada, yogur sin grasa, queso mozzarela parcialmente descremado queso sin grasa.	Principal fuente de calcio y proteínas
Carnes	2 o menos	84 gr de carne cocida, aves de corral o pescado.	carnes magras, eliminar grasa visible, asar a la parrilla horno o hervir, retirar la piel de pollo	Fuente rica de proteína y magnesio
Nueces	1 a 2	42 gr o 1/3 taza o 2 cucharadas de semillas 1/2 taza de leguminosas cocidas	almendras, avellanas, nueces, mixtas, maní, nuez, semillas de girasol, lentejas, arvejas.	Fuente rica de energía, magnesio, potasio, y fibra.

EJEMPLO DE MENÚ DE DIETA DASH

DESAYUNO

1 taza de cereales

1 taza de leche descremada o semidescremada al 1%

1 banana

1 rebanada de pan de tostado de trigo integral.

1 cucharada de jalea

1 vaso de jugo exprimido de naranja

ALMUERZO

2 porciones de pollo en tiras

42 gr de queso tipo mozzarela semidecremada

1 bollito de pan

1 cucharada de mayonesa baja en grasa

REVUELTO DE VERDURAS

3 ó 4 tiras de zanahoria

3 ó 4 tiras de apio

2 rábanos

2 hojas de lechuga

½ taza de ensalada de frutas.

MERIENDA

Repetimos desayuno

CENA

100 gr de carne magra a la parrilla

1 taza de arroz con cebollitas

1 taza de brócoli al vapor

Ensalada de espinaca con:

½ taza de espinaca cruda

2 tomates cherri

2 rodajas de pepino

1 taza de leche semidescremada a 1 %

1 cucharada de aderezo Light.

PLANIFICACION DE ESTRATEGIAS

- Régimen hiposódico

  Provee <2500 mg Na/día

- 1 g NaCl (sal) contiene:

  400 mg Na

  600 mg Cl

CLASIFICACIÓN DE DIETAS

- Severa: 200-500 mg Na/día
- Estricta: 500-1000 mg Na/día
- Moderada: 1000-1500 mg Na/día
- Leve: 1500-2000 mg Na/día[27]

[27] Elsa N. Longo, elizabeth T. Navarro, ¨Técnica Dietoterápica¨, 1º edición, Editorial,El Ateneo, 1994.

FUENTES ALIMENTARÍAS DE SODIO

- ✓ Sal gruesa y sal fina
- ✓ Fiambres, principalmente los curados en sal (jamón crudo, bondiola, salamín, panceta)
- ✓ Embutidos
- ✓ Productos de copetín
- ✓ Quesos (aquellos más maduros son tienen más Na)
- ✓ Salsa de soja (5700 mg Na en 100 cc)
- ✓ Caldos y sopas concentradas
- ✓ Alimentos en salmuera (pickles, aceitunas, anchoas)
- ✓ Alimentos en conservas
- ✓ Alimentos congelados
- ✓ Aderezos
- ✓ Mariscos
- ✓ Edulcorantes a base de sacarina o ciclamato sódico.

AGUAS

- ✓ **Bajo contenido de Na:** Evian, Nestle, Glaciar, Eco de los andes, Dasani.
- ✓ **Alto contenido de NA**: Ivess, Ser, Sierra de los Padres, Villa del Sur, Villavicencio, Bell`s.

EDULCORANTES

Aquellos que no aportan sodio son:

- ✓ Aspartame
- ✓ Acesulfame K.

CONTENIDO DE SODIO EN LOS ALIMENTOS

Alto contenido De Na.	Moderado contenido De Na	Alto contenido de Na.
Cereales	Leche	Queso de rallar
Harinas	Yogurt	Manteca
Frutas frescas	Crema de leche	Margarina
Vegetales	Huevo	Panes
Aceites	Queso con bajo	Galletitas
Azúcar y dulces	contenido en Na	Productos de panificación
Caseros	Vegetales ricos en Na	Alimentos fuente
Infusiones(té,	(acelga, apio, achicoria,	
Mate, yerba mate)	espinaca, remolacha,	
	Escarola y radicheta)	

SALES

- ✓ Sales dietéticas: libres de NaCl. Son a base de KCL o NH4Cl. Tiene un gusto metálico y más amargo. Se utilizan para dietas hiposódicas severas o estrictas. El KCL no se indica en pacientes renales y el NH4CL no se indica en pacientes hepáticos.
- ✓ Sales modificadas: tiene NaCl pero en menor contenido, están reducidas. Por ejemplo: Genser Light, 2 Anclas Light, Sal Marina.

- ✓ Sellos comerciales: es NaCl. Se pide en blisters de 0,5 g de NaCl cada uno.

COMPUESTOS SÓDICOS QUE SE AGREGAN A LA ALIMENTACIÓN

- ✓ Fosfato disódico: cereales instantáneos (polenta, nestum)
- ✓ Glutamato monosódico: mejorador de sabor.
- ✓ Alginato de sodio: suavizante de helados y bebidas chocolatadas
- ✓ Benzoato de sodio: conservante para dulces, jaleas, salsas, aderezos y frutas en almíbar.
- ✓ Propionato de sodio: blanqueo de frutas y verduras que luego van a ser frizadas.
- ✓ Bicarbonato de sodio: agente leudante químico.

ROTULACIÓN

- ✓ Bajo en sodio: 50% menos de Na que el standar.
- ✓ Muy bajo en sodio: 35 mg o menos de Na por porción
- ✓ Reducido en sodio: 25% de Na que el Standard.
- ✓ Libre de sodio: 5 mg o menos de Na por porción. [28]

[28] Apuntes de cátedra de Dietoterapia del Adulto, 3 años, UAI, 2010

ASPECTOS METODOLÓGICOS

AREA DE ESTUDIO Y PARTICIPANTES

Para el estudio de los hábitos alimentarios y estilo de vida de determinados pacientes se utilizará como instrumento la encuesta dietética. La misma será llevada a cabo en el SamCo de la ciudad de Timbues.

En dicha cuidad, es la única entidad de salud que se encuentra disponible para todos sus habitantes. Cuanta con consultorios externos, en el cual se realizan consultas diarias con médicos clínicos, y consultas semanales con diferentes especialistas. En este caso, se tomarán las horas de concurrencia al consultorio a cargo del médico cardiólogo. El consultorio de cardiología cuenta con un total de 150 pacientes aproximadamente, de edad variada, quienes concurren a la consulta.

La población de interés serán adultos de entre 40 -50 años y 50-60 años. Quienes concurren a sus vistas periódicas con el especialista.

Se trabajará con un total de 60 pacientes de ambos sexos. La elección de esta cantidad de pacientes se hizo a través de un padrón y de aquí se tomó a aquellos quienes concurren a todas las consultas propuestas por el médico.

El estudio será de corte transversal, retrospectivo y prospectivo. También contaremos con un estudio de tipo descriptivo, ya que se estudiarán situaciones que ocurren en ámbito natural. Para este efecto se obtendrá el consentimiento de cada uno de los pacientes.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

A los paciente se les destinará un cuestionario de preguntas cerradas que proporcionarán información sobre prácticas alimentarías.

Para tal fin se emplearán 15 preguntas , una (pregunta Nº), destinada a indagar sobre quién está al mando de la cocina, para conocer si existirá la posibilidad de que utilicen sin conocimiento, productos no aptos para hipertensos, doce (pregunta Nº 2 a pregunta Nº 13), orientadas a conocer los grupos de alimentos que incluyen en sus comidas, y las otras dos (pregunta Nº 14 y Nº 15) destinadas a indagar a cerca de su estilo de vida. (Ver anexo)

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizaron 60 encuestas a los pacientes que concurren al SAMCo a retirar su medicación. Dichas encuestas corresponden en igual proporción a los dos grupos de edades, 40-50 años y 50-60 años, dentro de ellos se encontrará desigual distribución según genero.

La muestra quedó conformada por 20 pacientes femeninos (66,6%) y 10 pacientes masculinos (33,3%) dentro del grupo de 40-50 años. Y por 15 pacientes femeninos y 15 pacientes masculinos dentro del grupo de 50-60 años. De todas formas, dado que no se encontraron grandes diferencias entre el comportamiento de ambos grupos, este punto no parece afectar o poner en duda los resultados obtenidos.

En el análisis, las variables tenidas en cuenta fueron cualitativas y para ello se presentan los siguientes gráficos de frecuencia relativa.

RESULTADOS

Tabla I – Datos demográficos según grupo de edad.

	Grupo 40-50 años n= 30	Grupo 50-60años n=30
	TOTAL: 60 personas.	
Género Femenino	20	15
Masculino	10	15

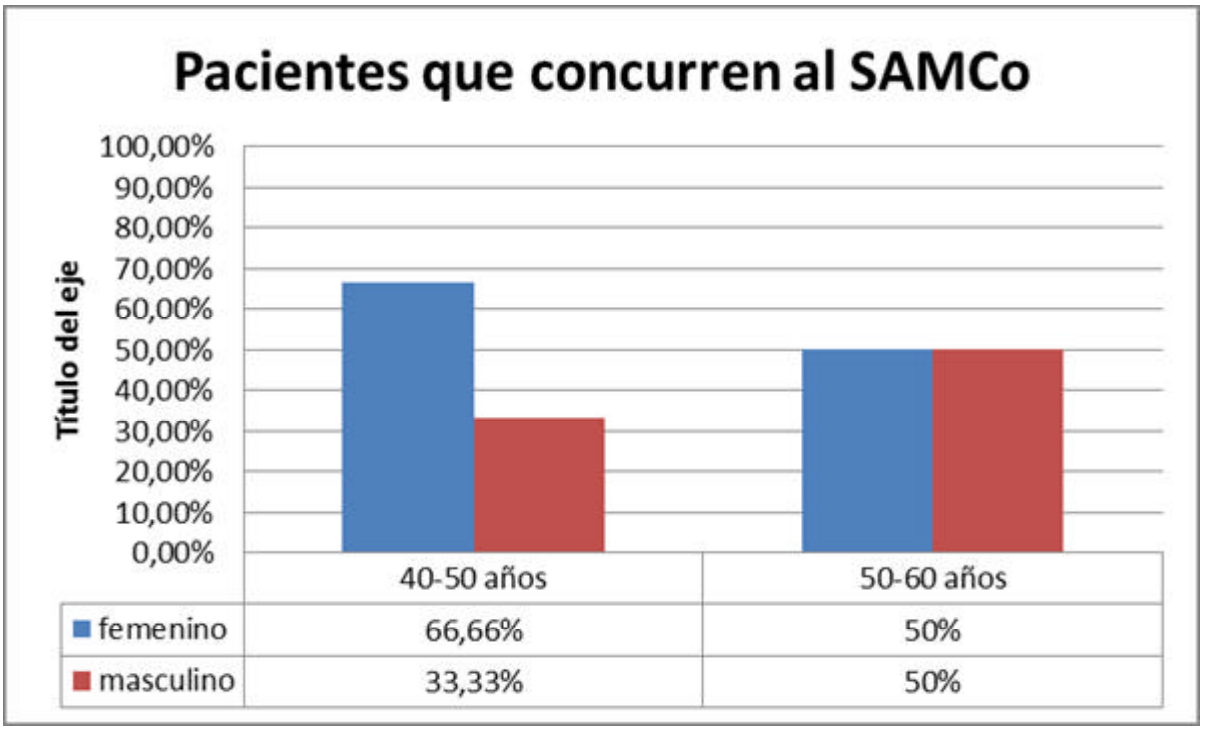
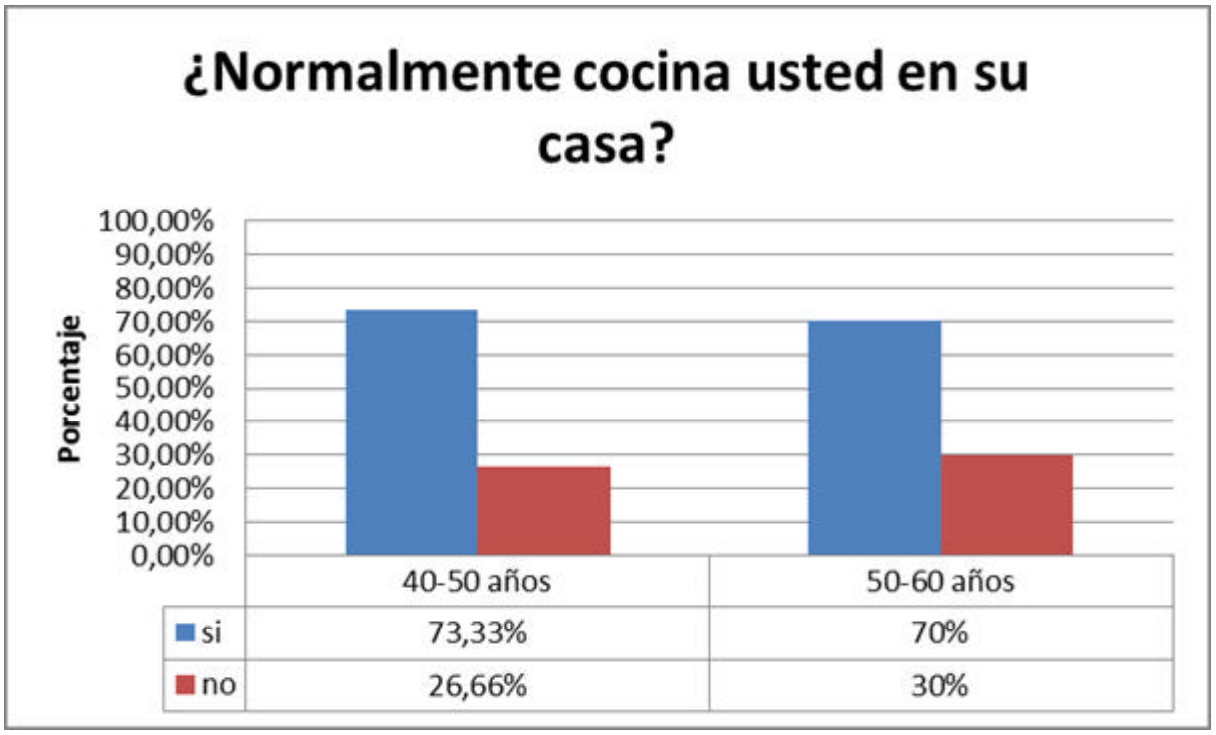


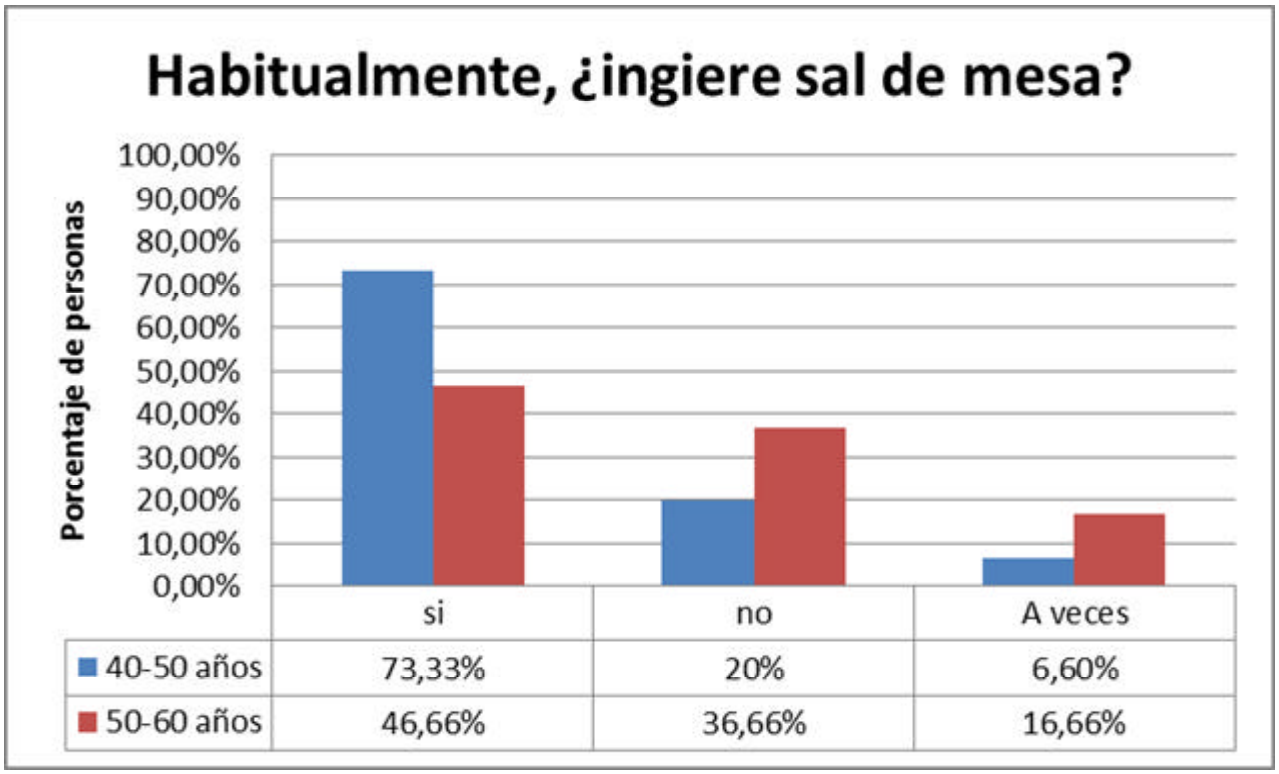
Gráfico I- ¿Normalmente cocina usted en su casa?



En la muestra analizada, el 73,33% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, mientras que, 26,66% de las personas respondieron lo contrario.

Respecto al grupo de entre 50-60 años, 70% personas respondieron afirmativamente, mientras que 30% personas respondieron lo contrario.

Gráfico II- Habitualmente, ¿ingiere sal común de mesa? ¿Cuáles?

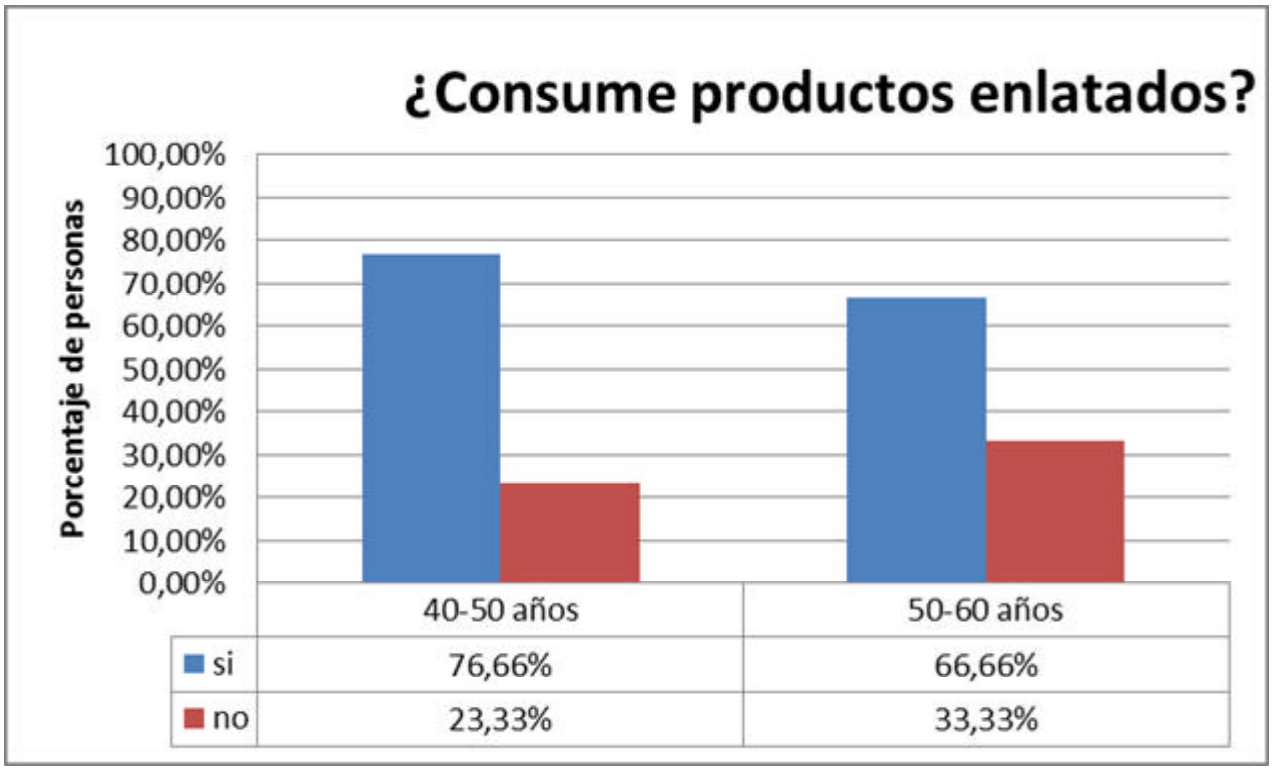


En la muestra analizada, respecto al grupo de entre 40-50 años, el 73,33% de las personas respondieron afirmativamente; 20% de las personas respondieron lo contrario, mientras que 6,6% de las personas hicieron referencia de que a veces ingieren sal de mesa.

En lo que respecta al grupo de entre 50-60 años, podemos decir que, 46,66% de las personas respondieron afirmativamente; 36,66% de las personas respondieron negativamente; mientras que, 16,66% personas declararon que a veces ingieren sal de mesa.

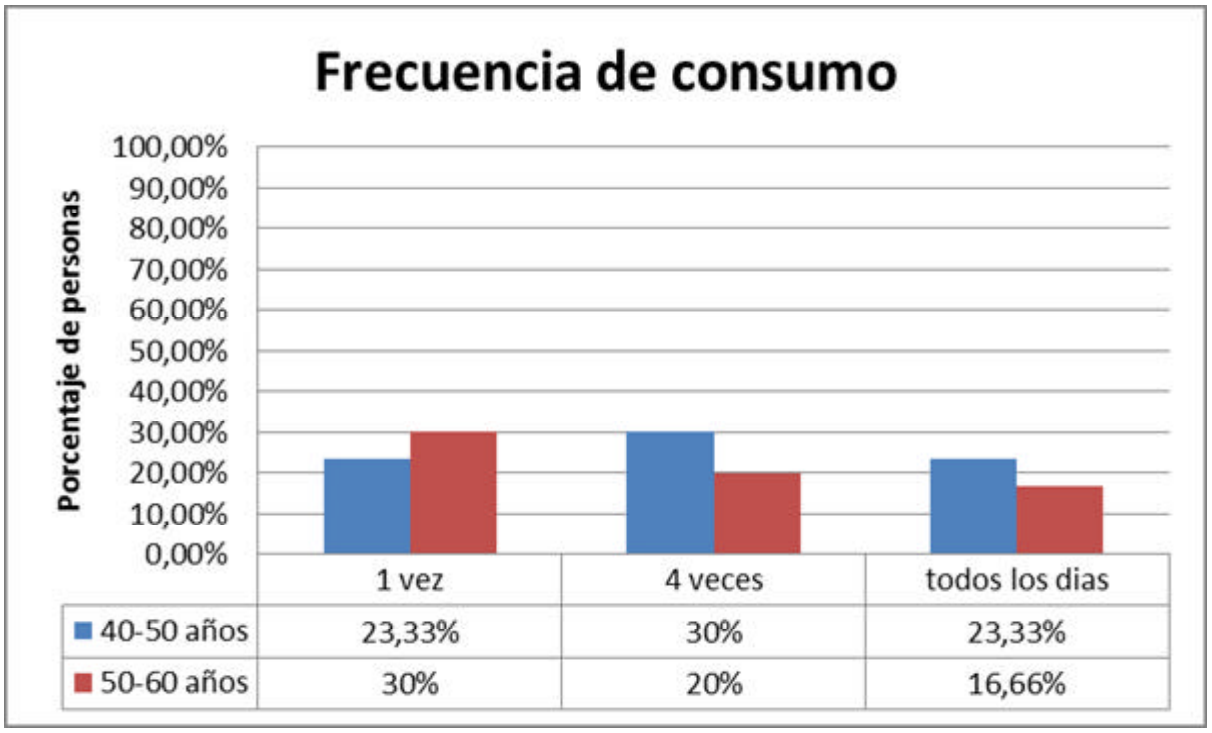
Dichas personas de ambos grupos, nombraron a los caldos *Knorr o Quick* como principales marcas de caldos para su consumo.

Gráfico III- ¿Consume productos enlatados?



En la muestra analizada, podemos decir que, el 76,66% de las personas de entre 40-50 años consumen productos enlatados, mientras que, el 23,33% de las personas del mismo grupo respondieron lo contrario. Respecto al grupo de personas de entre 50-60 años, el 66,66% de las personas respondieron afirmativamente, mientras que el 33,33% de las personas respondieron lo contrario.

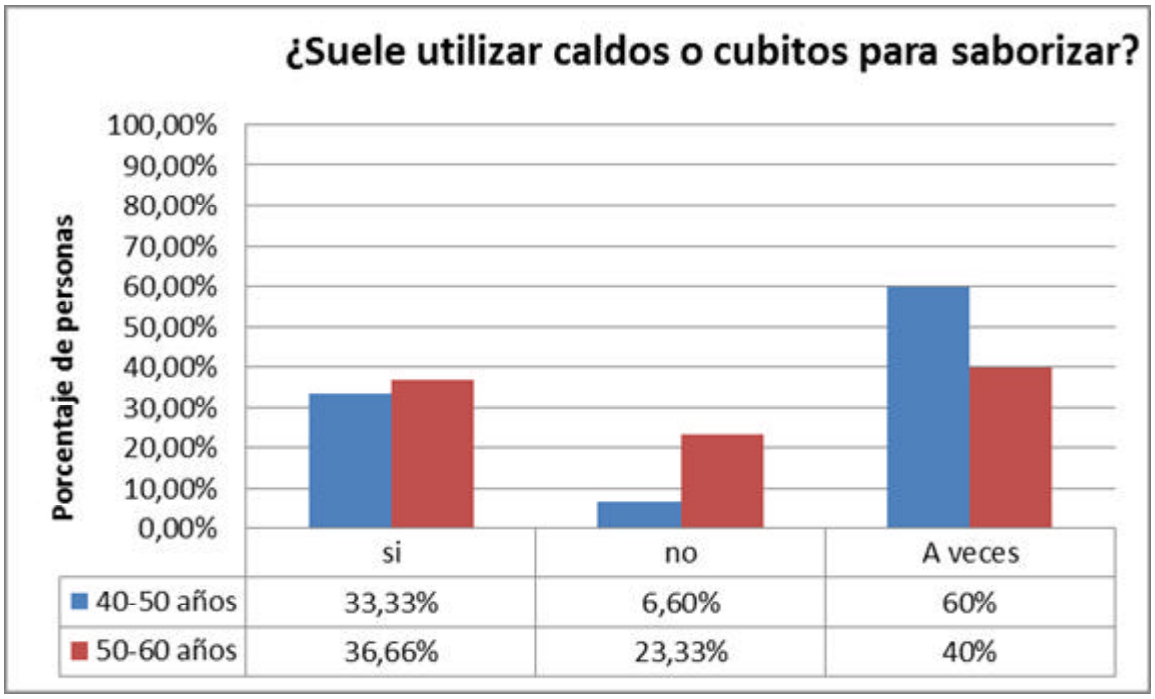
Gráfico III- Frecuencia de Consumo



Aquellos pacientes que respondieron afirmativamente, fueron indagados a cerca de cada cuánto realizan sus ingesta, podemos decir que, el 23,33% personas de entre 40-50 años lo hacen 1 vez por semana, el 30% de las personas lo hacen cada 4 veces en la semana, y el 23,33% de las personas lo hacen todos los días.

Respecto al grupo de entre 50-60 años, 30% de las personas lo hacen 1 vez por semana, el 20% de las personas los hacen 4 veces por semana, mientras que 16,66% de las personas lo hacen todos los días.

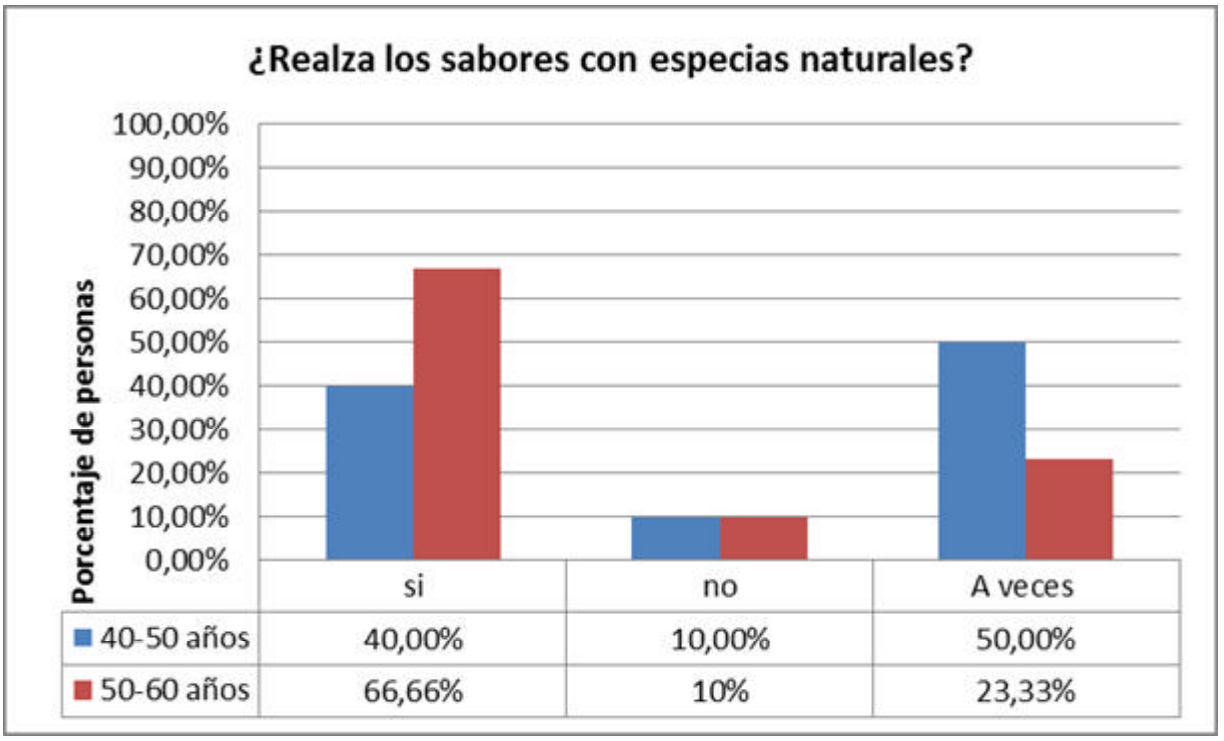
Gráfico IV- ¿Suele utilizar caldos o cubitos para condimentar? ¿Cuáles?



En la muestra analizada, el 33,33% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, 6,6% respondieron lo contrario, mientras que 60% declararon que a veces lo consumen.

Respecto al grupo de entre 50-60 años, 36,66% personas respondieron afirmativamente, 23,33% de las personas respondieron lo contrario, mientras que el 40% declararon que a veces los utilizan.

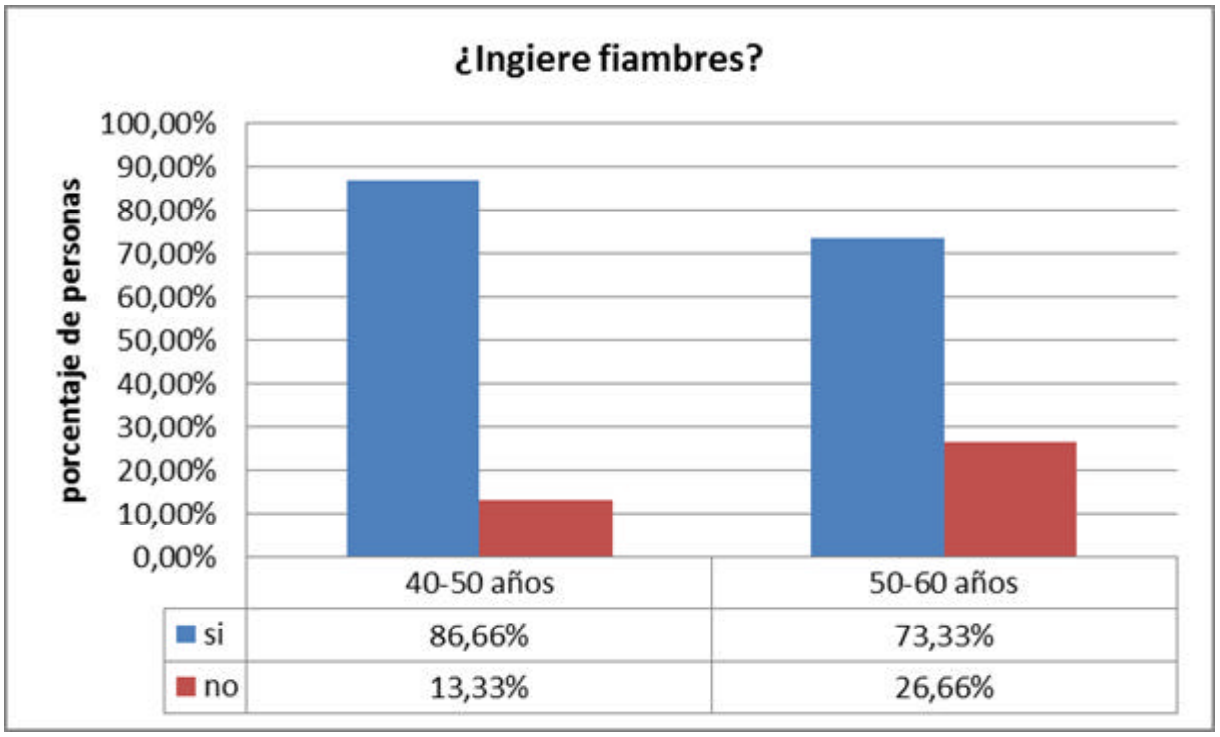
Gráfico V- ¿Realza los sabores con especias naturales?



En la muestra analizada, el 40% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, el 10% de las personas respondieron negativamente, mientras que el 50% personas dicen que a veces utilizan especies naturales.

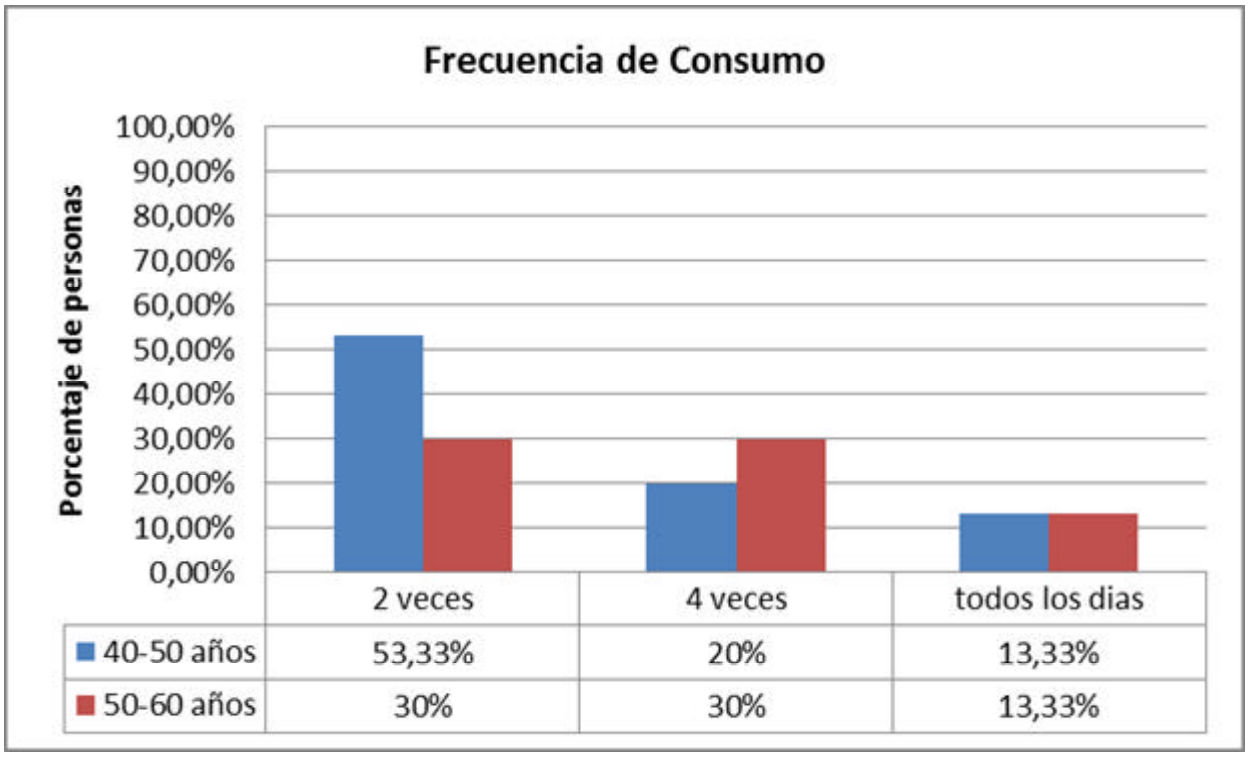
Respecto al grupo de entre 50-60 años, 66,66% personas respondieron afirmativamente, 10% de las personas respondieron lo contrario, mientas que 23,33% de las personas hicieron referencia a que a veces lo hacen.

Gráfico VI- ¿Ingiere fiambres?



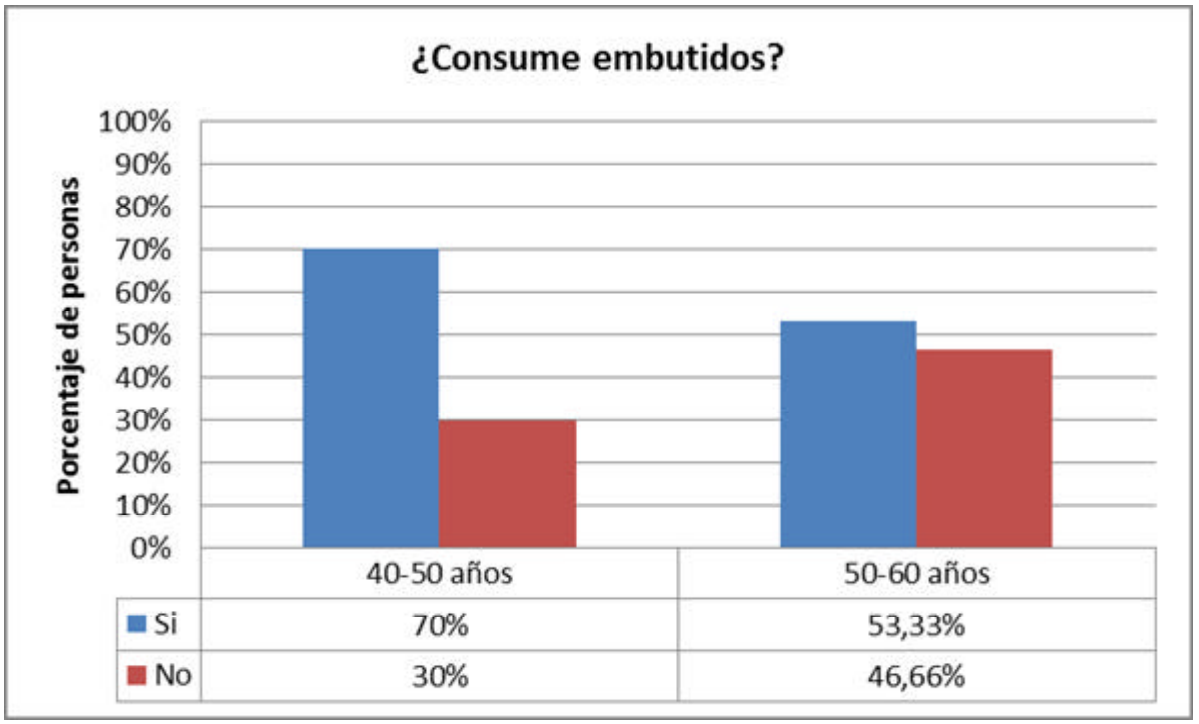
En la muestra analizada, el 86,66% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, mientras que el 13,33% respondieron lo contrario. En lo que respecta al grupo de entre 50-60 años, el 73,33% de las personas respondieron afirmativamente, mientras que el 26,66% respondieron que no.

Gráfico VI- Frecuencia de consumo



De las personas que respondieron afirmativamente, se indagó posteriormente sobre qué frecuencia de consumo manejaban, podemos decir que, el 13,33% de las personas en total, de ambos grupos de edad, refieren que lo hacen todos los días, el 20% de las personas de entre 40-50 años lo hacen 4 veces por semana, mientras que del grupo de personas de entre 50-60 años encontramos al 30% de las personas. Respecto a la frecuencia de consumo 2 veces por semana, encontramos que el 53,33% de las personas de entre 40-50 años lo hacen todos los días, mientas que, del grupo de entre 50-60 años encontramos al 30% de las personas.

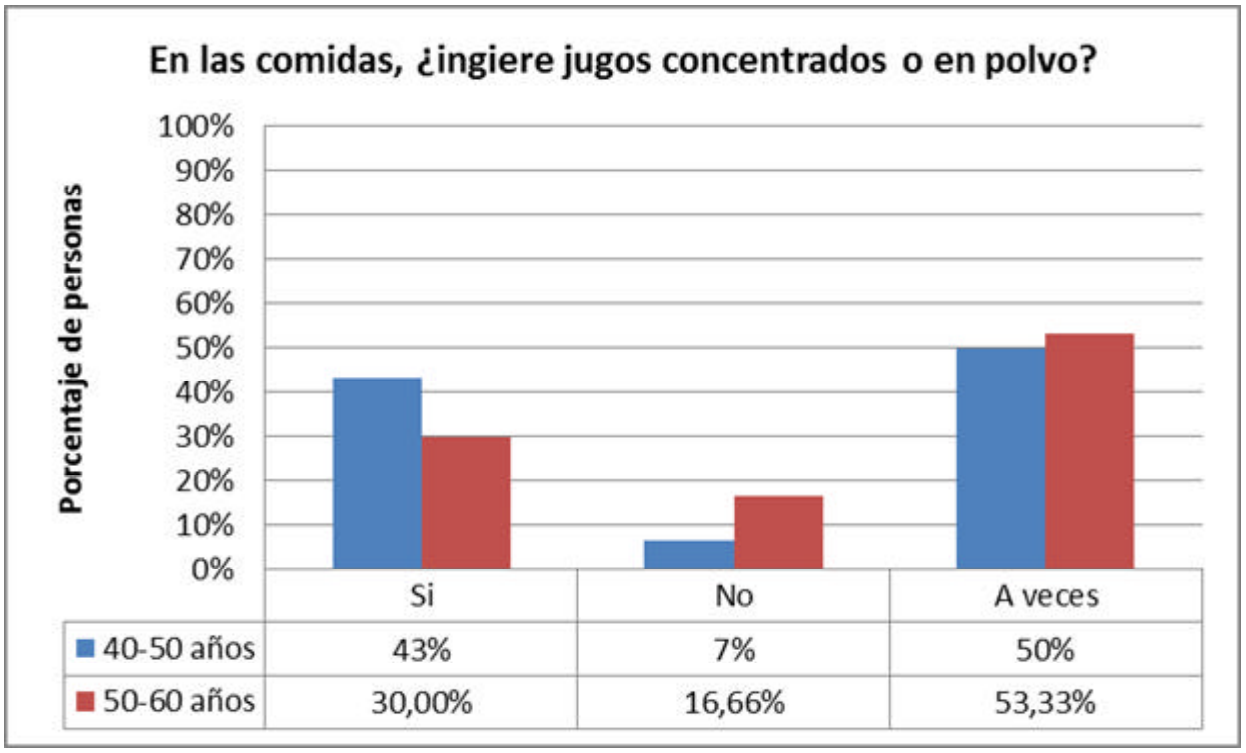
Gráfico VII- ¿Consume embutidos? (salchichas, chorizos)



En la muestra analizada, el 70% de las personas de entre 40-50 años, respondieron afirmativamente, mientras que el 30% respondió lo contrario.

Mientras que del grupo de personas de entre 50-60 años, el 53,33% de las personas respondieron afirmativamente y el 46,66% respondieron negativamente.

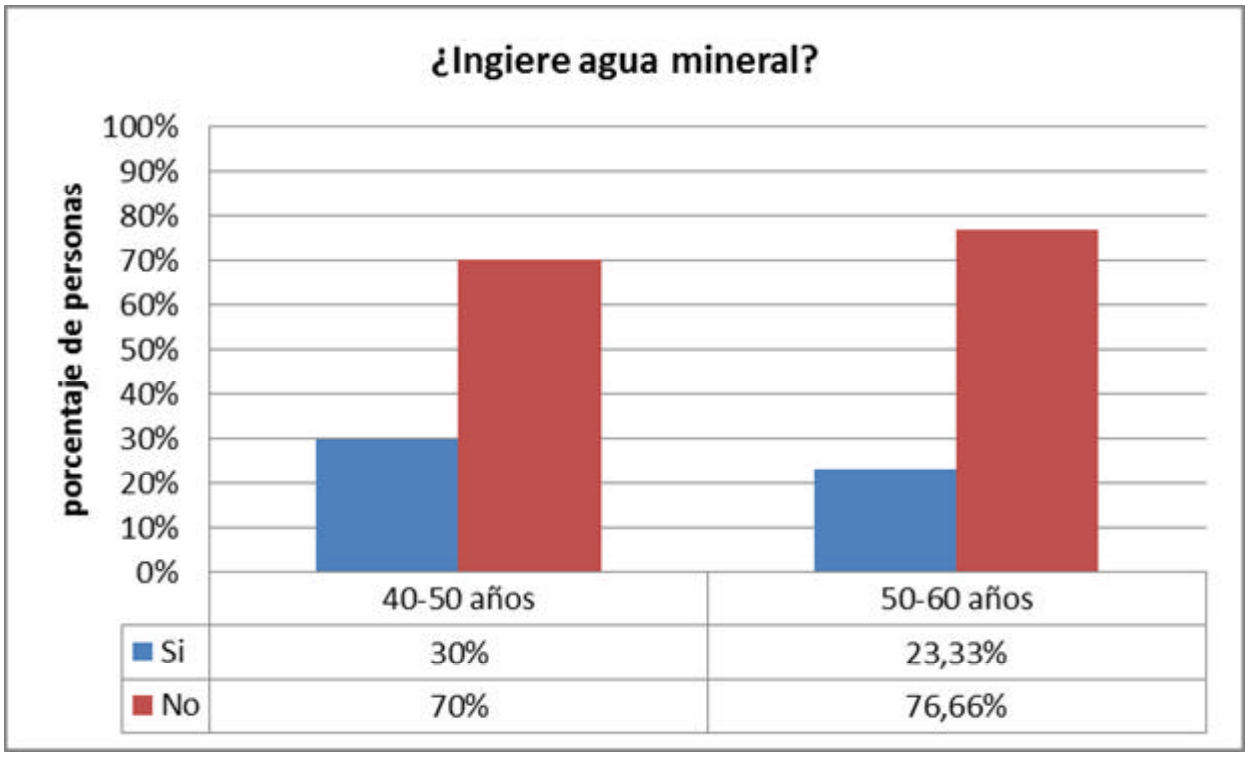
Gráfico VIII- En las comidas, ¿suele ingerir jugos concentrados o en polvo?



En la muestra analizada, el 43,33% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, el 6,6% lo hicieron de manera negativa, mientras que el 50% refieren que a veces lo hacen.

Respecto al grupo de entre 50-60 años, el 30% de las personas respondieron afirmativamente, el 16,66% respondieron lo contrario, mientras que 53,33% dijeron que a veces ingieren jugos.

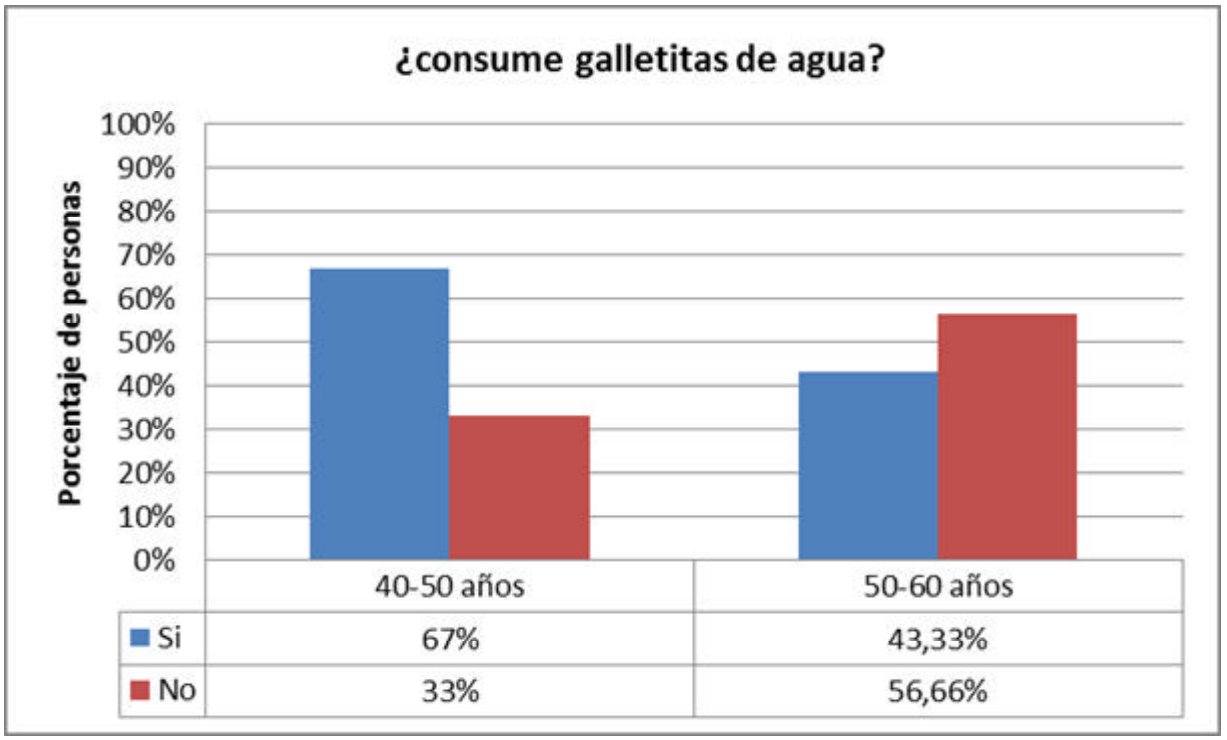
Gráfico IX- ¿Ingiere agua mineral? ¿Qué marca?



En la muestra analizada, el 30% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente mientras que el 70% respondieron lo contrario. Mientras que el 23,33% de las personas de entre 50-60 años respondieron afirmativamente, respecto a 76,66% dijeron lo contrario.

De aquellos pacientes que lo hicieron de manera afirmativa, las marcas más nombradas fueron: Ser, Villa del Sur, Villavicencio. Es muy notoria la diferencia entre los que las consumen y las que no, ya que refirieron que debido a sus ingresos económicos y el número de personas que integran sus familias, no les es conveniente.

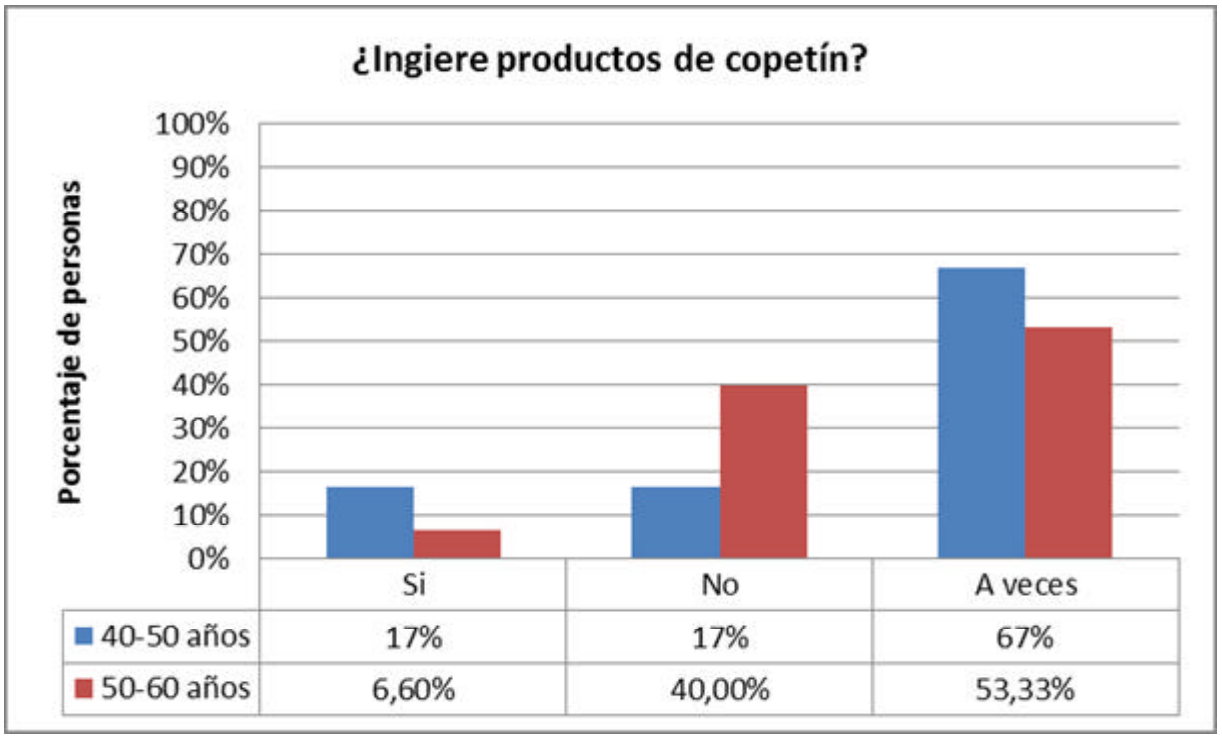
Gráfico X- ¿Consume galletitas de agua?



En la muestra analizada, el 66,66% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente; el 33,33% de las personas del mismo grupo respondieron lo contrario. Mientras que el 43,33% de las personas de entre 50-60 años respondieron afirmativamente contra el 56,66% que respondieron lo contrario.

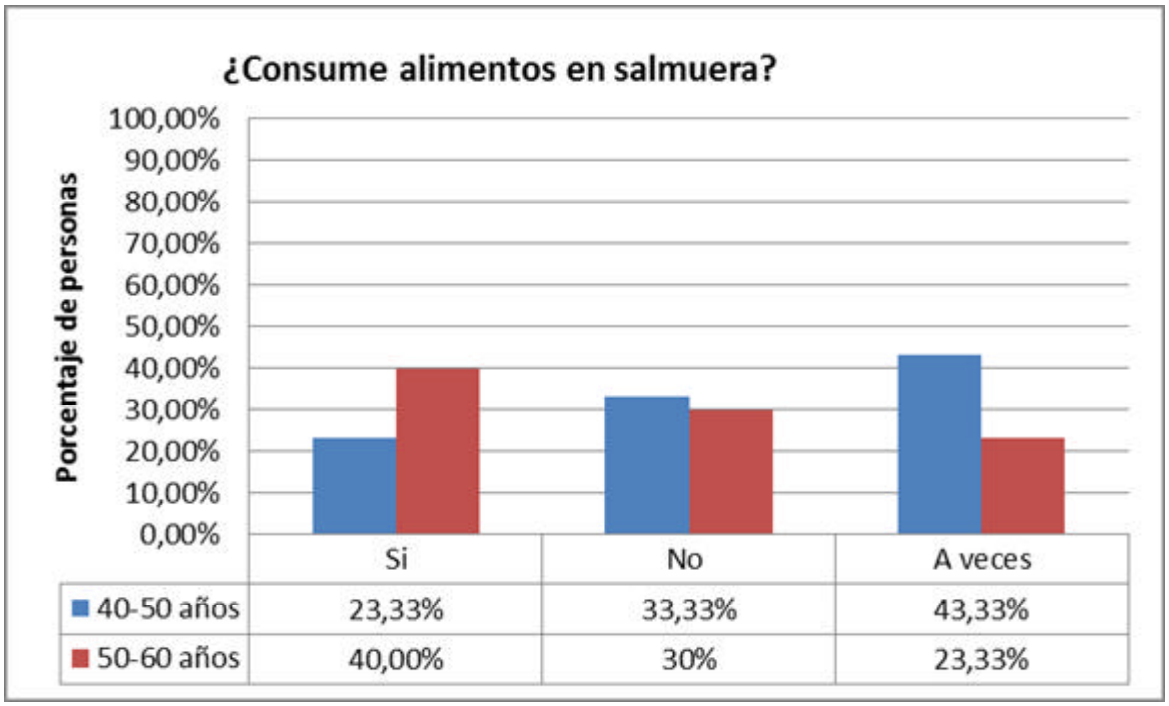
Aquellos que lo hicieron de manera positiva, refirieron consumir las marcas Express, Criollitas, Travista. Aquellos que no ingieren galletitas, comentaron que prefieren el consumo de pan, ya que pueden comprar una mayor cantidad a un precio más bajo, y su rendimiento es mayor.

Gráfico XI- ¿Consume productos de copetín?



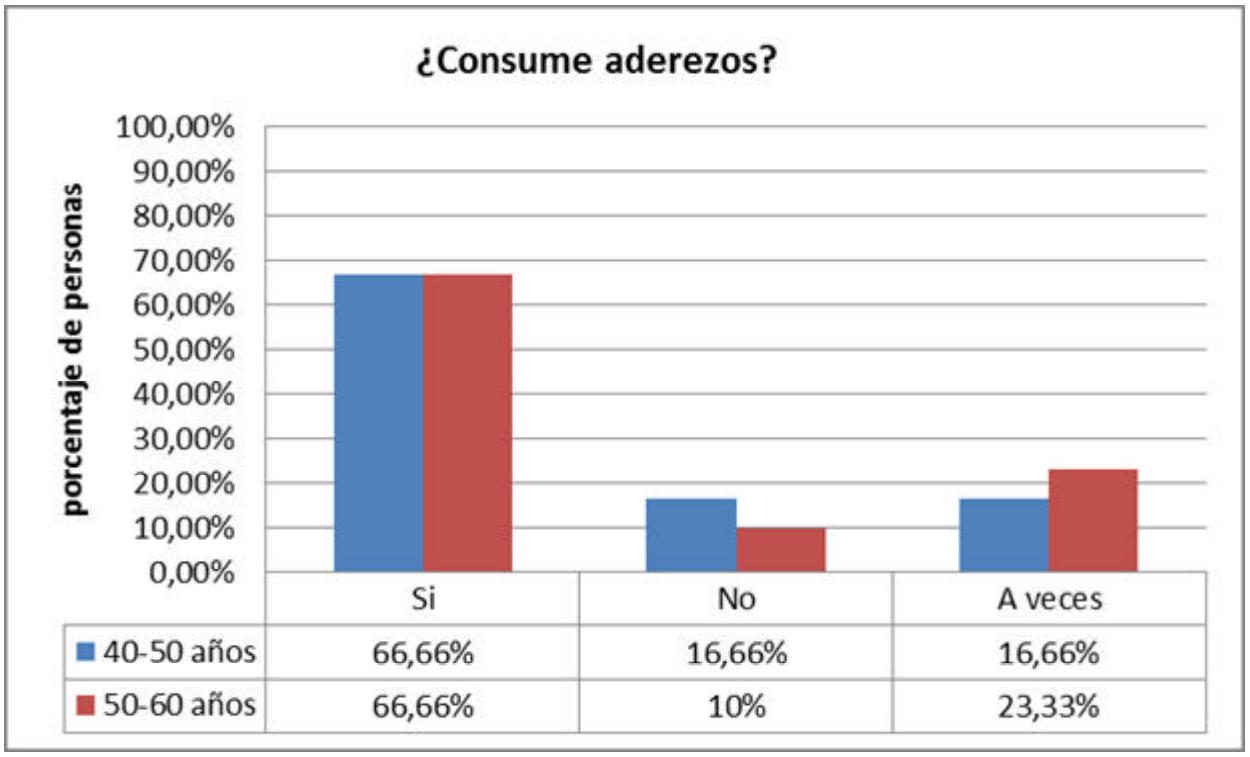
En la muestra analizada, del grupo de entre 40-50 años encontramos una coincidencia del 16,66% de las personas que respondieron tanto, afirmativamente como negativamente; mientras que, 66,66% de las personas refirieron que a veces consumen productos de copetín. Respecto al grupo de entre 50-60 años, 6,6% de las personas respondieron de manera afirmativa, 40% de manera negativa y 53,33% respondieron que a veces realizan el consumo de dichos productos.

Gráfico XII- ¿Consume alimentos en salmuera? (pickles, aceitunas, anchoas)



En la muestra analizada, el 23,33% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, el 33,33% respondieron lo contrario, mientras que 43,33% refirieron que a veces realizan este consumo. Respecto al grupo de entre 50-60 años, el 40% respondieron afirmativamente, 30% respondieron lo contrario, y 23,33% de las personas dijeron que a veces consumen alimentos en salmuera.

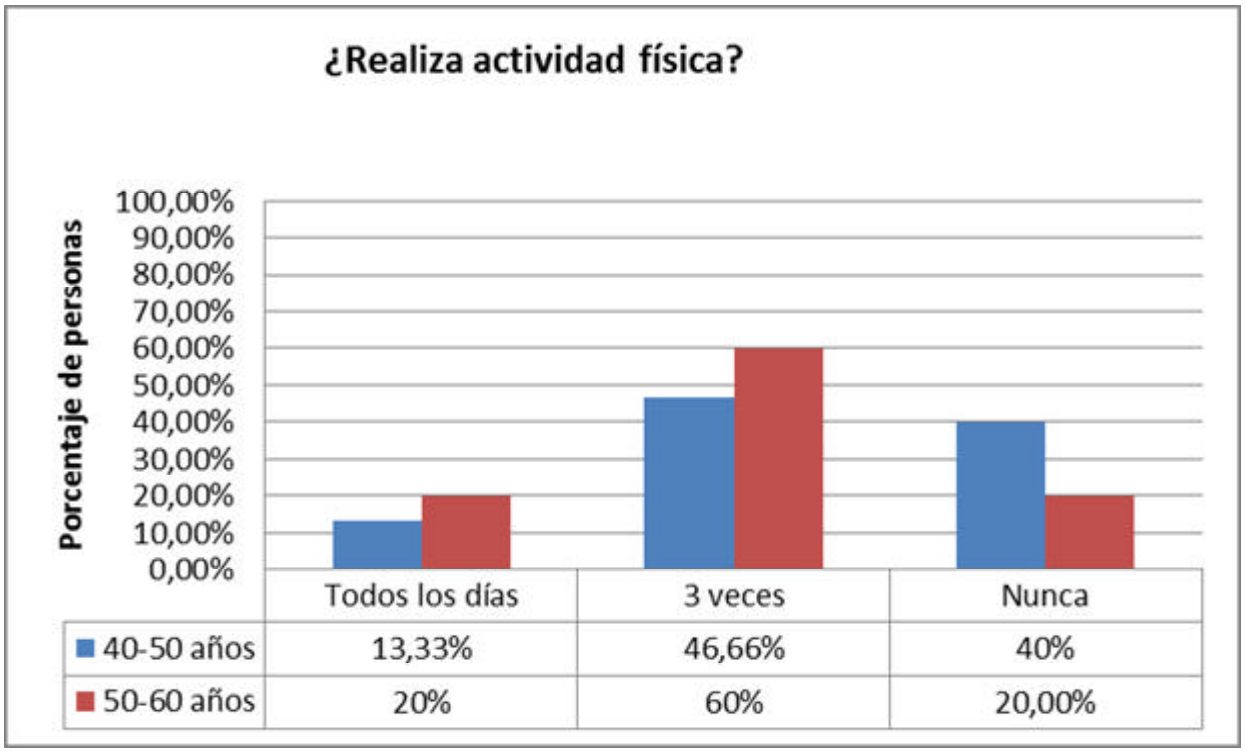
Gráfico XIII- ¿Consume aderezos?



En la muestra analizada, encontramos coincidencia del 66,66% de las personas tanto del grupo de entre 40-50 años como el de 50-60 años de sus respuestas afirmativas; el 16,66% de las personas de entre 40-50 años respondieron de manera negativa contra el 10 % de las personas de entre 50-60 años; el 16,66% de las personas de entre 40-50 años refirieron que a veces consumen aderezos en comparación a un 23,33% de las personas de entre 50-60 años.

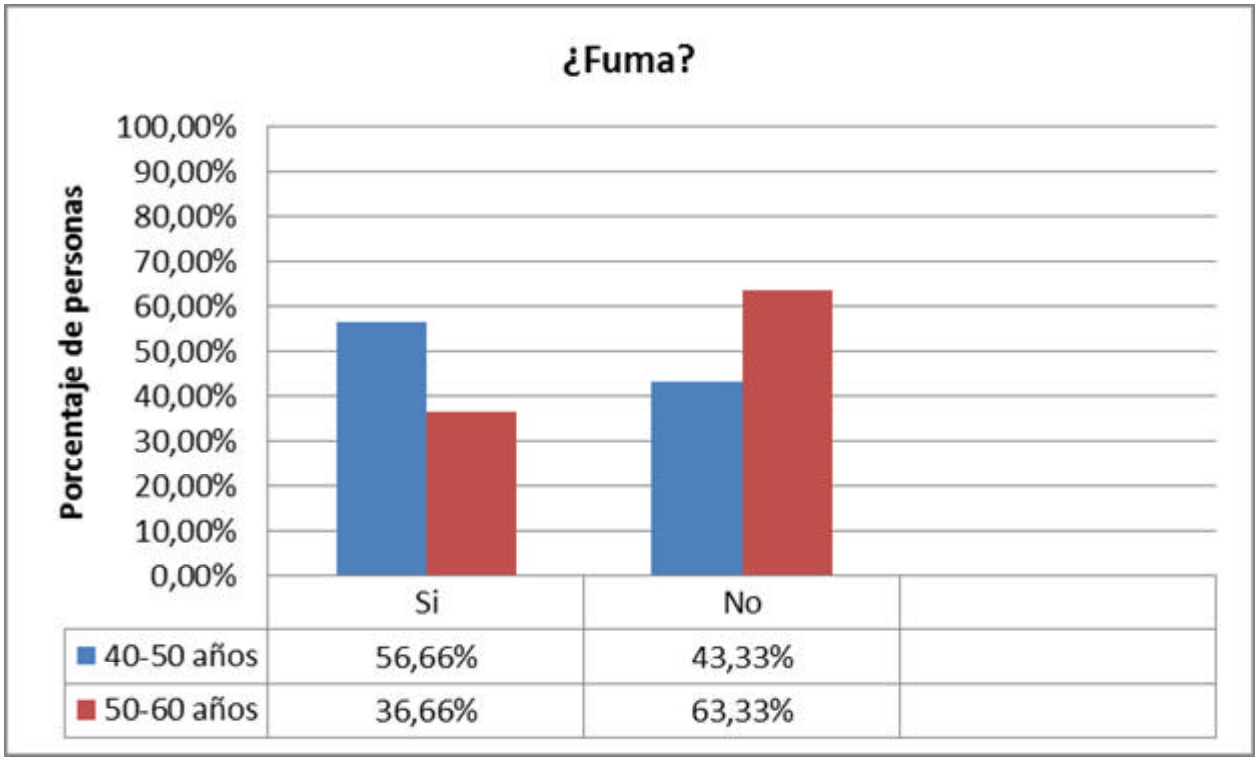
De aquellos que se obtuvo respuesta afirmativa, se indagó acerca de cuál era el aderezo utilizado, se encontró coincidencia que el de mayor elección fue la mayonesa.

Gráfico XIV- ¿Realiza Actividad física?



En la muestra analizada, el 13,33% de las personas de entre 40-50 años refirieron que realizan actividad física todos los días, contra el 20% de las personas de entre 50-60 años; el 46,66% de las personas de entre 40-50 años realizan actividad física 3 veces por semana, mientras que del grupo de entre 50-60 años encontramos al 60% de las personas; el 40% de las personas de entre 40-50 añ dicen que nunca realizan actividad física; en lo que respecta al grupo de entre 50-60 años , sólo el 20% de las personas refieren no realizar actividad física.

Gráfico XV- ¿Fuma?



En la muestra analizada, el 56,66% de las personas de entre 40-50 años respondieron afirmativamente, mientras que el 43,33% de las personas respondieron lo contrario. En lo que respecta al grupo de entre 50-60 años, el 36,66% de las personas respondieron afirmativamente y 63,33% de las personas respondieron negativamente.

CONCLUSION

A pesar de no contribuir una muestra representativa de la población examinada, se pudo extraer material suficiente, a través de las encuestas realizadas, para poder conocer el estado nutricional y elección de alimentos de los pacientes hipertensos que concurren al centro de salud. Ha sido el fruto de una investigación hasta el momento inédita en dicho lugar, que en determinados aspectos controvierte los aspectos nutricionales desarrolladas en la bibliografía consultada. Se pretende trasladas fielmente los resultados obtenidos de las encuestas para poder así ractificar o rectificar la hipótesis planteada en este trabajo.

El cuestionario fue realizado a 60 pacientes en total, los cuales fueron divididos en dos grupo de 30 pacientes, el criterio de división fue la edad; contamos con un grupo de personas de 40-50 años y otro de 50-60 años, a información general, en el primer grupo encontramos 10 (33,33%) varones y y 20 (66,66%) de mujeres. Mientras qué, en el segundo grupo encontramos 15 varones (50%) y 15 mujeres (50%). Este dato no es relevante, ya que en el trabajo no se trabajó por diferenciación de género, sino por grupo de edades.

Las conclusiones reseñadas, entonces, permiten precisar lo siguiente:

- Podemos ver que se obtuvo una igualdad en las respuestas entre los dos grupos de personas, de las cuales la mayoría realiza sus propias comidas, lo cual es beneficioso, para poder trabajar sobre el tipo de preparación adecuada para modificar sus hábitos.
- La elección de alimentos, difiere, en algunos casos de manera poco significativa, entre los dos grupos de edades.

- Aquellos individuos pertenecientes al grupo de 40-50 años, son los que manejan hábitos alimenticios más desfavorables, de las encuestas realizadas, podemos ver que son los que más ingieren sal de mesa, contamos con un 73,33% contra un 46,66% perteneciente al grupo de entre 50-60 años.
- Las personas de entre 40-50 años dicen consumir más cantidad de alimentos enlatados, respecto al otro grupo, refieren que los eligen por ser de mayor conveniencia , al no necesitar cocción ya que cuentan con muy poco tiempo para realizar sus comidas, por el tipo de trabajo que realizan.
- Respecto al modo de realzar los sabores de las comidas, se encontró que los de mayor consumo son los caldito o cubitos para condimentar, se puede ver que las personas de entre
- 40-50 años son los que más los consumen, ellos refieren consumirlo a veces, no todos los días.
- Mientras que las personas de entre 50-60 años, dicen realzar los sabores con especias naturales. Al indagar con ellos sobre cuáles utilizaban, comentaban que muchos cuentan con quintas en sus casas, y las extraen de allí, dentro de estas especias o hierbas naturales encontramos: orégano, perejil, laurel, albaca, estragón, nuez moscada, pimienta, pimentón.
- El consumo de fiambres es bastante equitativo entre los dos grupos de edades. Las personas de entre 40-50 años dicen consumir mayor cantidad de fiambre, por falta de tiempo y ganas de cocinar, entre los de mayor consumo encontramos: jamón, mortadela, salame milán, salamín. De las personas de entre 50-60 años, al indagar el porqué de su respuesta afirmativa, se pudo ver que ellos reemplazan un plato de comida en la cena por una taza de infusión con leche, acompañada de un sándwich de jamón y queso, tanto con galletitas como con pan de mesa.
- El consumo de embutidos es nuevamente mayor en las personas de entre 40-50 años, aquí se obtuvo la misma respuestas que con la de los productos enlatados, ellos dicen consumir

gran cantidad por la facilidad y el poco tiempo que demanda la cocción de la mayoría de estos alimentos; se pudo ver que no sólo ingieren estos productos las personas adultas que formaron parte del cuestionario, sino también sus hijos. La mayoría de los alimentos elegidos son: salchichas de segunda marca, hamburguesas industriales y salame.

- Respecto a las bebidas utilizadas, se vio que el 43,33% de las personas de entre 40-50 años utilizan jugos en polvo o concentrados, respecto a los de 50-60 años, estos últimos suelen elegir para todos los días, soda, lo cual también contiene sodio, agua potable, o bebidas a base de hierbas, como por ejemplo Terma o Taconi; las personas de entre 40-50 años, refieren consumir de vez en cuando gaseosas carbonadas, pero la mayor relevancia en consumo se obtiene de los jugos concentrados, muchos de ellos dicen preferirlo porque rinde más y es mas barato. Respecto al consumo de agua minera, la mayor cantidad de las personas de ambos grupo dicen no consumirla por el valor que tiene y su escaso rendimiento, aquí se obtuvo un 70 % de entre 40-50 años que dicen no consumirla y un 73,33% de personas de entre 50-60 años.
- El consumo de galletitas de agua en mayor en el grupo de entre 40-50 años (66,66%, contra 43,33% del otro grupo), la elección no es solo por costumbre, sino porque dicen que gustan más y son practicas para llevarlas a su trabajo.
- Respecto a los productos de copetín, se obtuvo un mayor consumo en el grupo de entre 40-50 años (66,66%, respecto al 53,33%) ellos dicen no consumirlos todos los días, más bien, el fin de semana formando parte de la picada previa a la cena.
- Al indagar sobre productos en salmuera (pickles, aceitunas, anchoas), se encontró un resultado bastante significativo y poco esperado, se vio que el 40 % de las personas de entre 50-60 años consumen todos los días estos productos aunque nos sea en grandes cantidades, contra un 23,33% de las personas de entre 40-50 años; del grupo de mayor consumo dicen

realizar las conservas de manera casera, muchos de ellos con las hortalizas que extraen de su quinta.

- El consumo de aderezos es equitativo entre ambos grupos, por lo menos en una comida se utilizan, el de mayor consumo es la mayonesa, muchas de las personas las utilizan de manera Light, la cual es de menor tenor graso, pero cuenta con un mayor porcentaje en sodio.
- La práctica de actividad física es significativamente mayor en las personas de entre 50-60 años, se obtuvo que el 20 % de las personas de entre 50-60 años realiza actividad física todos los días contra un 13,33% de las personas de entre 40-50 años. Respecto a la frecuencia 3 veces por semana encontramos un 60 % contra un 46,66% del grupo de 40-50 años.
- Respecto al consumo de cigarrillo vemos que el 56,66% de las personas entre 40-50 años son las que fuman, contra un 36,66% del otro grupo.
- Es de fundamental importancia destacar que la mayoría de los pacientes presentan sobrepeso, junto con su perímetro abdominal elevado, lo cual conlleva a la posible aparición de demás enfermedades asociadas. A estos pacientes se les pidió una interconsulta con un médico clínico, para conocer sus valores de laboratorio. No obstante, muchos de ellos ya contaban con un laboratorio completo, y coincide con un aumento considerable de glucemia, colesterol, triglicéridos y muchos de ellos ya presentan insulinoresistencia.

Después de analizar cada uno de los puntos encuestados, podemos decir que es fundamental el abordaje nutricional en estos pacientes; si bien ambos grupos no cuentan con un estilo de vida y hábitos nutricionales correctos, aquellas personas de entre 40-50 años, son las más afectadas, aquí no sólo se debería de prevenir para evitar el desarrollo de patologías asociadas, sino también para evitar agudizar las ya existentes. Esto es fundamental para los dos grupos de personas.

Es así, como se deberá trabajar con todos los profesionales de la salud de manera conjunta, no solo en el consultorio, sino también realizando charlas , talles, para poder concientizar a todos las personas a comenzar a modificar su estilo de vida y elección de alimentos, no es necesario contar con productos caros, solo basta aprender a elegir la manera de cocción más correcta y las técnicas dietoterápicas para poder disminuir el contenido de sodio en muchos de los alimentos que se consumen cotidianamente.

Al ver gráficos y valores obtenidos, se puede corroborar la hipótesis planteada, y saber que el consumo excesivo de alimento con alto contenido en sodio y estilo de vida no saludables en pacientes hipertensos condicionan al desarrollo de hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFIA

- Mahan, Kathleen L.; Escott-Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Estados Unidos, Pennsylvania: Mc. Graw-Hill Interamericana editores. 2001.Cap 27, p. 649-664.

- Fundación cardiológica argentina, , Fecha : 26/05/2011 www.fundacioncardiologica.org/tha

- Farraras, Rozman, ¨Medicina interna¨, decimaquinta edición, volumen I, el Servier, España, 2004.Cap 67

- Joaquín Sellén Crombet, Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control,, editorial universitaria, Cuba.

- Fundación Cardiológica, , ¿Qué es la hipertensión arterial?, 26/05/2011. http://www.fundacioncardiologica.org/hta l.htm

- http://www.fundacioncardiologica.org/hta l.htm. Promoción de la Salud cardiovascular y la alimentación saludable. Estudios y experiencias. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 16/9/2011

- Apuntes de cátedra de Dietoterapia del Adulto, tercer año, UAI, 2010

- Mahan, Kathleen L.; Escott-Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Tomo 1.Estados Unidos, Pennsylvania: Mc. Graw-Hill Interamericana editores. 2001

- Folkow B. Physiological aspects of primary hypertension. Physiol Rev 1982; 62:347.

- ¨Revista Cubana de Medicina¨, , 1996. 26/05/2011- 18.30hs, v.35, n.3, ciudad de la Habana Sep-Dic. www.scielo.com.cu

- European Society of Hipertensión-European Society of Cardiology cuidelines fot the Management of Arterial Hypertension. 2003.

- Farraras-rozman, Medicina Interna, Vol. I, decimoquinta edición, 2004, Elservier , España.

- : Guía de atención primaria de salud. ¨ http://medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm. 20/09/2011

- GUIAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION PARA EL DIAGNOSTICO, ESTUDIO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. www.saha.org.ar, 26/08/2011.

- Elsa N, Longo- Elizabeth T. Navarro, ¨tecnicas dietoterápicas¨, editorial El ateneo, Buenos Aires, Argentina, 2002.

- La dieta en las enfermedades cardiovasculares¨, 29/08/2011, 10:00 Am. www.scielo.com.ar,

ANEXO

La siguiente encuesta es anónima y fue elaborada con el objetivo de conocer cómo es la alimentación de las personas adultas de entre 40-50 años y 50-60 años de la ciudad de Timbues.

Todas tus respuesta son de mucha importancia, por ello te solicito que contestes con sinceridad.

Los resultados serán utilizados sólo con fines de investigación.

Edad: ……

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Marcá con una X en los casilleros [ ] tus respuestas: [X]

ENCUESTA ALIMENTARIA

1. ¿Normalmente cocina usted en su casa?

SI ( ) NO ( )

Si no es así, ¿Quién lo hace?

2. Habitualmente, ¿ingiere sal común de mesa?

SI( ) NO ( ) A VECES ( )

3. ¿Consume productos enlatados?

SI ( ) NO ( )

¿Con que frecuencia?

1 vez por semana ( )

4 veces por semana ( )

Todos los días ( )

4. ¿Suele utilizar caldos o cubitos para condimentar? ¿Cuáles?

Si ( ) NO ( ) A VECES ( )

5. ¿Realza los sabores con especias naturales?

SI ( ) NO ( ) A VECES ( )

6. ¿Ingiere fiambres?

SI ( ) NO ( )

¿Con que frecuencia?

2 veces por semana ( ) 4 veces por semana ( ) todos los días( )

7. ¿Consume embutidos? Salchichas, chirisos

SI ( ) NO ( )

8. en las comidas, ¿suele ingerir jugos concentrados o en polvo?

SI ( ) NO ( ) A VECES ( )

9. ¿Ingiere agua mineral? ¿Que marca?

SI ( ) NO ( )

10. ¿Consume galletitas de agua?

SI ( ) NO ( )

11. ¿Consume productos de copetín?

SI ( ) NO ( ) A VECES ( )

12. ¿Consume alimentos en salmuera (pickles, aceitunas, anchoas)?

SI ( ) NO ( ) A VECES ( )

13. ¿Consume Aderezos?

SI ( ) NO( ) A VECES ( )

14. ¿Realiza actividad física)

Todos los días ( ) Tres veces por semana ( ) Nunca( )

15. ¿Fuma?

SI ( ) NO ( )