



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Perú

Sosa-Rosado, José Manuel

Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial

Anales de la Facultad de Medicina, vol. 71, núm. 4, 2010, pp. 241-244

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919982006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial

Non-pharmacologic treatment of arterial hypertension

José Manuel Sosa-Rosado¹

¹ Médico Cardiólogo, Clínica Internacional.

Resumen

A todos los pacientes hipertensos debe recomendárseles modificaciones del estilo de vida, con estrategias como limitar el consumo de sal y alcohol, conseguir el peso adecuado, realizar ejercicios aeróbicos, incentivar el consumo de frutas, verduras y productos lácteos descremados. En el presente artículo se presenta un ensayo de adaptación de estas recomendaciones dietéticas en la realidad de nuestro país.

Palabras clave: Hipertensión, terapéutica; estilo de vida; nutrición; dietética; ejercicio.

Abstract

Modifications in life style must be recommended to hypertensive patients, with strategies limiting salt and alcohol consumption, performing aerobic exercises, consumption of fruits, vegetables and low fat milk products in order to obtain a suitable weight. In the present article we essay on adjustment of these dietetic recommendations in our country.

Key words: Hypertension, therapy; life style; nutrition; dietetics; exercise.

An Fac med. 2010;71 (4):241-4

Diferentes escuelas y consensos coinciden en los beneficios de los cambios de estilo de vida en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA). Pero, en la práctica médica cotidiana muchas veces no se le da la debida importancia. La estrategia en la prevención y el manejo de la hipertensión arterial implica educación sobre su detección temprana y hábitos saludables de vida, que solamente pueden ser resueltos con campañas amplias de educación a la comunidad. Con respecto al tratamiento, existen medidas farmacológicas y no farmacológicas. Muchas veces, estas últimas son reemplazadas por

el tratamiento farmacológico, a pesar de haberse demostrado ampliamente los beneficios en el cambio de estilos de vida.

CAMBIOS NUTRICIONALES

Control de peso

Se ha demostrado cómo la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Idealmente, el paciente debe llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal inferior a 25.

En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) (tabla 1).

Dieta DASH (*dietary approach to stop hypertension*)

Además de los conocidos beneficios obtenidos con la disminución de peso y restricción de sodio, algunas otras modificaciones dietéticas que son conocidas

Tabla 1. Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial.

Cambio	Recomendación	Reducción estimada de la PAS
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m ²)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/día (6 g de sal; una cucharada de café)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210 g semanales (30 g/día) en hombres y 140 g semanales (20 g/día) en mujeres	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH*	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aeróbico (por ejemplo, caminar deprisa durante al menos 30-45 minutos)	4-9 mmHg

* Los efectos de la dieta DASH sólo se han probado en EE.UU. y son comparados con los de la dieta típica americana. Las características de la dieta DASH son similares aunque no idénticas a la dieta mediterránea que está asociada con una protección frente a la enfermedad cardiovascular. Adaptada de Chobanian AV. et al².

como patrones dietéticos saludables -entre las que destacan la dieta DASH y la dieta mediterránea- han probado un beneficio importante en el control de la HTA

La dieta DASH reduce la PAS de 8 a 14 mmHg. La dieta conlleva la reducción de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos. El plan alimentario es recomendado por la Asociación Americana del Corazón (*American Heart Association*).

El primer estudio DASH involucró a 459 adultos, con cifras de PAS menores de 160 mmHg y PAD entre 80 y 95 mmHg; 133 eran hipertensos que no tomaban medicamentos para la presión arterial. Los participantes fueron asignados a la dieta DASH o a una dieta estadounidense típica -baja en minerales importantes y alta en grasas saturadas, grasa total y colesterol- o a una dieta estadounidense con adición de frutas y verduras. Para determinar el riesgo de sufrir un ataque cardíaco en un periodo de diez años, los investigadores utilizaron la ecuación de riesgo del Estudio Cardíaco de Framingham.

Tras ocho semanas, los que seguían la dieta DASH y comían de nueve a once porciones de frutas y verduras al día, habían reducido su riesgo de ataque cardíaco en 18 por ciento, frente a los que comían una dieta estadounidense. También, observaron una reducción en sus niveles de colesterol de lipoproteína de densidad baja de alrededor de siete por ciento, y su presión arterial sistólica se redujo en 7 mmHg.

Aunque los participantes tanto de raza blanca como de raza negra se beneficiaron de la dieta DASH, los de raza negra obtuvieron el mayor beneficio, anotaron los investigadores. Los de raza negra que siguieron la dieta DASH consiguieron un declive en el riesgo cardíaco de 22 por ciento frente a los que seguían una dieta típica, en comparación con ocho por ciento entre los de raza blanca.

Los que comían la dieta estadounidense con adición de frutas y verduras

redujeron su riesgo de ataque cardíaco en once por ciento, en comparación con los que recibían la dieta estadounidense normal.

En un estudio posterior, los efectos de tres niveles de ingesta de sodio 3,5, 2,3 y 1,5 g/día, respectivamente, fueron evaluados en el contexto de la dieta DASH en 412 pacientes. La ingesta calórica fue mantenida constante, observándose que la reducción de la ingesta de sodio se asoció a una disminución tanto de la PA sistólica como diastólica; este beneficio fue más importante en las personas de mayor edad.

La dieta mediterránea tiene muchas similitudes con la dieta DASH. Se caracteriza por abundancia de alimentos vegetales: frutas, verduras, cereales, papas, legumbres, frutas secas, aceite de oliva, queso, yogurt, pescado y pollo, escasas carnes rojas y vino en cantidades pequeñas. Esta dieta ha demostrado disminuir la mortalidad cardiovascular. Aunque ningún componente aislado puede explicar todos los beneficios, parece que estarían en relación a su elevado contenido en ácidos omega 3 (pescado).

¿Cómo podemos adaptar estos consejos nutricionales a nuestra cultura culinaria?

La adopción de unos hábitos dietéticos consistentes en un incremento del consumo de frutas y verduras así como de productos lácteos desnatados y la reducción del consumo de carnes rojas (dieta DASH) tiene un efecto antihipertensivo notable, en el contexto de la dieta típica estadounidense.

No obstante, estos resultados son difíciles de extrapolar a nuestro medio, donde los hábitos dietéticos son claramente distintos. En cualquier caso, la dieta DASH tiene bastantes similitudes con la dieta mediterránea, fundamentalmente por el consumo elevado de frutas, verduras y la sustitución de gran parte de la carne roja por pescado. Aunque no está probado que la dieta mediterránea tenga efecto sobre las cifras de presión arterial, su consumo ha sido asociado con

una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Indudablemente, la comida peruana además de mestiza es plural, dándose en ella un pluralismo cultural fecundo variado y diverso. El Perú es una tierra pródiga en el buen comer, en la variedad y riqueza de los potajes típicos, diversidad de comidas y dulces. Pero, también es importante señalar que algunos alimentos peruanos de alto valor nutritivo no son consumidos por las amplias mayorías de la población. A pesar de tener una indudable riqueza de peces en nuestro mar, el consumo de pescado es bajo, debiéndose alentar mayor consumo de peces como el bonito, atún, anchoveta, caballa y jurel. Por otra parte, somos afortunados por contar con una amplia variedad de frutas y verduras durante todas las estaciones del año. Se debe introducir cambios graduales en el hábito alimentario, incrementar el consumo de frutas y verduras; en reemplazo de gaseosas o refrescos azucarados, consumir jugos de frutas al natural, sin azúcar.

Para disminuir de peso, las necesidades de cada persona son diferentes y se determinan individualmente. Lo que podemos aconsejar es que se utilice la siguiente guía usando porciones moderadas, disminuyendo la cantidad habitual que el paciente consume. Por ejemplo, si consume una taza de arroz, disminuir a media taza y aumente la porción de vegetales. Si ahora no está bajando de peso, significa que debe reducir su ingesta, así que cualquier disminución de sus porciones usuales le será ventajoso, teniendo el siguiente menú como guía (tabla 2).

Otras modificaciones dietéticas, como el consumo de ajo o la utilización de suplementos de calcio, magnesio, potasio, hierbas medicinales, no tienen una eficacia antihipertensiva probada.

Consumo de sal

Existen evidencias de que la disminución del consumo de sal se asocia a una disminución de la PA en pacientes hipertensos. La respuesta individual a la sal es mayor en pacientes de raza negra, diabéticos y ancianos.

Tabla 2. Guía de alimentación para disminuir de peso.

Desayuno:

1. Un vaso de leche descremada o yogurt descremado
Una fruta (naranja, mandarina, pera, manzana, porción de papaya, plátano mediano)
Dos rebanadas de pan integral con mantequilla o mermelada dietética
2. Un vaso de yogurt descremado
Sándwich de pan integral con pavo y tomate
Una fruta
3. Avena integral con leche descremada
Papaya
Té
4. Un vaso de leche descremada
Sándwich de pan integral con queso fresco tomate y albahaca
Una fruta
5. Omelet con espinacas
Dos tostadas integrales
Una taza de café

Almuerzo

1. Ensalada de verduras
Pechuga de pollo
Una fruta
2. Ensalada de verduras
Porción de lentejas con arroz integral
Una fruta
3. Sopa de verduras
Lomito de res a la plancha
Una fruta
4. Ensalada de verduras
Pescado al horno, puré de camotes
Una fruta
5. Solterito con queso fresco
Lomito de cerdo con papa sancochada
Una fruta
6. Ensalada de pepinos y tomate
Asado de carne con yuca sancochada
Una fruta
7. Ceviche
Sudado de pescado con yuca sancochada
Una fruta

Como refrescos acompañando estos platos se puede tomar chicha morada sin azúcar

Comida

1. Filete de ternera a la plancha con papa sancochada
Ensalada de frutas sin azúcar
2. Soufflé de verduras
Filete de pollo
Gelatina dietética
3. Caigua saltada con carne
Ensalada de frutas sin azúcar
4. Crema de brócoli
Chuleta de pavita
Una fruta
5. Sopa de verduras
Filete de pollo a la plancha
Una fruta
6. Media lata de atún
Pan integral
Una fruta
7. Loco de zapallo con carne
Una fruta

Igualmente, como refresco se puede tomar chicha morada sin azúcar o una infusión de anís, manzanilla, sin azúcar.

En nuestro país, el consumo promedio de sal es de 10 gramos por día y se recomienda una dieta de menos de 5 g/día de sal.

Para una dieta con restricción de sal, debe aconsejarse a los pacientes que eviten añadir sal y, evidentemente, eviten los alimentos con exceso de sal (en especial, los alimentos elaborados) y que tomen en mayor medida comidas elaboradas directamente con los ingredientes naturales que contienen más potasio. Un consumo excesivo de sal puede ser una causa de hipertensión resistente al tratamiento.

Se recomienda que en pacientes que están acostumbrados a consumir comidas ricas en sal, el gusto de la comida baja en sal pueda mejorarse con el uso de limón, ají, especias y vinagre.

AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular. El ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (unos 3 a 4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logra mayores efectos, tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso bajo.

Sobre esta base, debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos. La cantidad y el tipo de ejercicio deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva.

Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo exigido se estima en caminar rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana.

No es recomendable el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas), dado su efecto presor y, en los pacientes con HTA grave, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo.

ABANDONO DEL TABACO

El abandono del tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades, tanto cardiovasculares como no cardiovasculares, en los pacientes hipertensos. Aquellos fumadores que abandonan el tabaco antes de los 40 o 50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. Aunque el efecto presor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar.

Todos los pacientes hipertensos que fuman deben recibir el consejo apropiado para que dejen de hacerlo. Este hecho debe suponer un aumento evidente en el período de tiempo dedicado a la primera visita o primer contacto con el paciente y debe reforzarse en cada visita sucesiva, hasta conseguir el abandono total.

El abandono del tabaco es en ocasiones un objetivo difícil ante la importante adicción que provoca el hábito. La conciencia del peligro del hábito y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito.

En muchos casos, el soporte psicoterapéutico especializado y el tratamiento sustitutivo con nicotina pueden servir de ayuda a los pacientes con voluntad de dejar de fumar.

DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El consumo de más de una onza de alcohol diariamente eleva la presión arterial en forma permanente. Este incremento será mayor en el fumador y en la persona con colesterol elevado. El consumo de más de dos copas de licor por día au-

menta el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación no es completamente lineal, de forma que la incidencia de HTA se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres o en los sujetos de raza negra.

Además, el consumo compulsivo (embriaguez) se asocia de forma especial con la mortalidad por ictus. La moderación del consumo de alcohol o su cese reducen las cifras de PA en hipertensos bebedores. La media de reducción es de 3/2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser mucho más intensa. Por el contrario, es conocido que el consumo de alcohol en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular. La recomendación general para los pacientes hipertensos debe ser la siguiente:

- A los hipertensos abstemios debe recomendarse que se mantengan abstemios. Aunque el consumo moderado de alcohol pueda tener un efecto protector sobre la enfermedad cardiovascular, el inicio en su consumo puede motivar dependencia.
- A los hipertensos bebedores se les debe aconsejar la reducción del consumo a cifras inferiores a 210 g/semanales (30 g/diarios) en los varones y a 140 g/semanales (20 g/diarios) en las mujeres y sujetos de raza negra. Los hipertensos con dependencia de alcohol o con otras enfermedades asociadas a dicho consumo deben recibir consejo para abandonar dicho hábito.

LECTURAS SUGERIDAS

1. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Full Report. JAMA. 2003;289:2560-72.
2. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003;21(6):1011-53.
3. 2010 Canadian Hypertension Education Program Recommendations (CHEP) hypertension.ca/chep/recommendations-2010.
4. American Heart Association. AHA Dietary Guidelines. Revision 2000; a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. Circulation. 2000;102:2284-99.
5. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanck E, Vollmer WM, Svetkey LP, et al; for the DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. N Engl J Med. 1997;336:1117-24.
6. Kokkinos P, Panagiotakos DB, Polychronopoulos E. Dietary influences on blood pressure: the effects of the Mediterranean diet in the prevalence of hypertension. J Clin Hypertens. 2005;7:165-70.
7. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches To Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344:3-10.
8. Sacks FM, Campos H. Dietary therapy in hypertension. N Engl J Med. 2010;362(22):2102-12.

Correspondencia:

Dr. José Manuel Sosa Rosado

Correo-e: sosa_josemanuel@yahoo.com