



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 internacional

Nutrición Colectiva, (1), e001, artículos, 2025
ISSN 3072-7731 | <https://doi.org/10.24215/30727731e001>
<https://revistas.unlp.edu.ar/nutricioncolectiva>
Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires
La Plata | Buenos Aires | Argentina

Consumo de sodio en adultos participantes del programa Nutrir Salud. HIGA San Felipe, San Nicolás

SODIUM CONSUMPTION IN ADULTS WHO PARTICIPATED IN NUTRIR
SALUD PROGRAM. HIGA SAN FELIPE, SAN NICOLÁS

Virginia Bonafine¹

nutricion.virbonafine@gmail.com | <https://orcid.org/0009-0005-9417-4347>

Noelia Daiana Diaz¹

lic.daianadiaz@gmail.com | <https://orcid.org/0009-0005-7058-3955>

María Elena Lezcano Gómez¹

elegl47@gmail.com | <https://orcid.org/0009-0003-6252-7270>

María Carla Pissinis¹

carla_pissinis88@hotmail.com | <https://orcid.org/0009-0009-1255-1903>

Florencia Belen Rodriguez¹

florrodiguez739@gmail.com | <https://orcid.org/0009-0002-1937-0653>

Georgina Abratte¹

georginaa@hotmail.es | <https://orcid.org/0009-0003-4341-4473>

María Laura Sansalone¹

mlausnutrimed@gmail.com | <https://orcid.org/0009-0007-4007-8637>

Leticia Beatriz Azzaretti¹

lazzaretti@fmed.uba.ar | <https://orcid.org/0009-0004-6547-057X>

1. Hospital Interzonal de Agudos San Felipe, San Nicolás de los Arroyos | Argentina

Resumen

Palabras clave

sodio
hipertensión arterial
sal
tratamiento nutricional

Introducción: El programa Nutrir Salud corresponde al área de nutrición del HIGA San Felipe y promueve acciones de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la hipertensión arterial (HTA). La terapéutica nutricional incluye una disminución de la ingesta de sodio, proveniente tanto de la sal de mesa como de alimentos ultraprocesados. Objetivos: Determinar la prevalencia de HTA, y conocer el hábito de consumo de sodio en la población que participó de

actividades del programa Nutrir Salud. Metodología: Estudio descriptivo, transversal. La selección de la muestra fue no probabilística, aleatoria por conveniencia. Se realizó un cuestionario a personas mayores de 16 años participantes de actividades del Programa Nutrir Salud, durante el periodo mayo 2022 - mayo 2025. Resultados: Se evaluaron a 2235 personas, 73,9% mujeres y 25,5% hombres. El 21% manifestó tener HTA. El 74% de la población siempre utiliza sal al cocinar, mientras que en la población hipertensa lo hace un 55%. El 49% consume diariamente alimentos ultraprocesados y de los hipertensos un 51%. Discusión-Conclusiones: El uso de sal al cocinar siempre o casi siempre se da en más del 90% de los evaluados, mientras que a nivel nacional se registró en el 68,9%. En la misma línea, en los estudiados se registró un consumo diario mayor de alimentos con alto contenido en sodio en la población hipertensa (51%), respecto de la no hipertensa (49%). Se deben reforzar las estrategias comunicaciones, de concientización y abordaje terapéutico para mejorar la adherencia al tratamiento nutricional.

Abstract

Keywords

sodium
high blood pressure
salt
nutritional treatment

Introduction: The Nutrir Salud program corresponds to the nutrition area of HIGA San Felipe and promotes actions for the prevention and treatment of chronic non-communicable diseases (NCDs), such as high blood pressure (HBP). Nutritional therapy includes a reduction in sodium intake, from both table salt and ultra-processed foods. Objectives: To determine the prevalence of HBP and understand the sodium consumption habits of the population that participated in Nutrir Salud program activities. Methodology: Descriptive, cross-sectional study. The sample selection was non-probabilistic, randomized by convenience. A questionnaire was administered to people over 16 years of age participating in Nutrir Salud Program activities during the period May 2022 - May 2025. Results: A total of 2,235 people were evaluated, 73.9% women and 25.5% men. 21% reported having HBP. 74% of the population always uses salt when cooking, while 55% of the hypertensive population does. 49% consume ultra-processed foods daily, and 51% of hypertensive patients consume them. Discussion-Conclusions: More than 90% of those evaluated use salt in cooking always or almost always, while at the national level it was recorded at 68.9%. Similarly, those studied recorded a higher daily consumption of foods with high sodium content in the hypertensive population (51%) compared to the non-hypertensive population (49%). Communication, awareness-raising, and therapeutic approaches should be strengthened to improve adherence to nutritional treatment.

Introducción

El programa Nutrir Salud es la línea de acción que realiza el área de Nutrición Clínica y Comunitaria del HIGA San Felipe de San Nicolás, que de manera transversal acompaña las tareas llevadas a cabo por el equipo de licenciadas en nutrición y sus residentes. La prevención y tratamiento de ECNT es uno de los ejes prioritarios del área. La hipertensión arterial (HTA) es altamente prevalente y cuya presencia disminuye la calidad de vida de las personas. A nivel mundial se estima que afecta entre un 25 a 30% y a un 36,3% a nivel nacional. Para su prevención y tratamiento se aconseja una disminución de la ingesta de sodio, tanto a través de la sal de mesa como de los productos ultraprocesados provenientes de la industria.

Hipertensión en cifras

El estudio RENATA, realizado en el período 2007-2009, fue el primer registro argentino que aportó datos sobre la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la HTA. Se realizó en siete ciudades e informó una prevalencia del 33,5% de esta patología en la población. Luego de 7 años, y con la intención de establecer una vigilancia epidemiológica de la patología en nuestro país, la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología han diseñado en forma conjunta el 2° Registro Nacional de Hipertensión Arterial (estudio RENATA-2). Este se llevó a cabo entre agosto de 2015 y marzo de 2016 en 25 ciudades del país, es un estudio de corte transversal. En total se encuestaron 5931 personas con una edad promedio de $43,5 \pm 17,1$ años. La prevalencia de HTA fue del 36,3%, siendo mayor en varones y esta aumentó con la edad en ambos sexos.

La prevalencia de HTA presenta una característica especial: es mayor conforme aumenta la edad. En menores de 35 años es del 12.2% y en mayores de 65 años del 77.4%. El 38,8% de los hipertensos desconocían su enfermedad y el 5,7% la conocían, pero no recibían tratamiento (Delucchi et al., 2017).

Se estima que en la actualidad la HTA afecta entre un 25 y un 30% de la población mundial. Los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que en

América Latina y el Caribe entre el 20% y el 40% de los adultos padece esta enfermedad, lo que representa unos 250 millones de personas.

La prevalencia de HTA reportada por este estudio coincide con los datos de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (4° ENFR, 2018), según la cual es del 34.6%. Este valor se mantiene estable desde la realización de la primera encuesta en el año 2005 (34.5%).

Hipertensión arterial

La HTA es la elevación continua de la presión arterial, definida como una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida. La presión arterial (PA) se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo cardiovascular (RCV). Visto el significativo incremento del riesgo asociado con PAS (presión arterial sistólica) > 140 mmHg, PAD (presión arterial diastólica) > 90 mmHg, o ambas, estos valores se consideran el umbral para el diagnóstico (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

4

Existe amplia evidencia científica para considerar la HTA como el factor de riesgo de mayor peso en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que está fuertemente asociada a la ocurrencia de diversas patologías como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las enfermedades de la aorta y arterias periféricas, la demencia, la insuficiencia renal y la retinopatía. Su prevalencia impacta negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos sociosanitarios. En términos de muertes atribuibles, la HTA es responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial (10.455.000 defunciones en 2016). (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019)

Si bien la edad es la principal condición asociada al desarrollo de la HTA, factores de riesgo como el sobrepeso/obesidad, el tabaquismo y fundamentalmente el elevado consumo de sodio en la alimentación, incrementan la probabilidad de desarrollarla y plantean el desafío de combatir los mencionados factores de riesgo mediante políticas

públicas que regulen entornos y favorezcan hábitos saludables. (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019).

La HTA, a su vez, es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardíaca isquémica y los accidentes cerebrovasculares. La relación frecuente entre HTA y diabetes ha sido ampliamente documentada, pero su vínculo con la obesidad u otras condiciones de riesgo, como las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, sugiere que la base de esta asociación epidemiológica podría estar relacionada con mecanismos fisiopatológicos compartidos. La resistencia a la insulina, la inflamación y la disfunción endotelial son algunos de estos posibles mecanismos. El síndrome metabólico (SM) agrupa todos estos factores de riesgo cardiovascular, y en su manejo clínico, la HTA desempeña un papel fundamental.

Por su parte, la obesidad en adultos es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Se estima que gran parte de la carga de enfermedades no transmisibles (ENT) son atribuibles al exceso de peso principalmente en el caso de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diversos tipos de cánceres (4°ENFR, 2018). A su vez, las personas con diabetes presentan un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019)

Según el estudio Framingham, el 78% de los casos de HTA en el hombre y el 65% en la mujer son atribuidos a la obesidad. En la Argentina, según la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNY2), la prevalencia de exceso de peso en la población adulta fue del 67,9%. Este factor se encuentra ligado con el progreso y los cambios en los hábitos de vida y dietéticos. Una alimentación conformada principalmente por alimentos ultraprocesados (productos industriales elaborados a partir de ingredientes refinados y aditivos, como colorantes, saborizantes y conservantes), incluye bebidas azucaradas, snacks salados, golosinas y productos de panadería industrial. En adultos, el consumo habitual de estos productos se asocia con un mayor riesgo de HTA, debido a su alto contenido de sodio, azúcares añadidos y grasas. El progresivo sedentarismo de la sociedad tras la era industrializada, con el consiguiente desequilibrio entre ingesta calórica y gasto energético, junto con

elementos dietéticos específicos como la elevada ingesta de grasas saturadas y el elevado consumo de sal, son los principales determinantes ambientales de la aparición de HTA (Borstnar y Cardellach, 2016).

Tanto las cifras de PA sistólica como diastólica muestran una relación independiente con la insuficiencia cardíaca, la arteriopatía periférica y la insuficiencia renal. Por lo tanto, la hipertensión arterial se debe considerar un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares (Alcazar et al., 2016). Se han descrito múltiples componentes del daño orgánico subclínico en el nivel cardíaco, renal, cerebral y vascular.

En el corazón, la HTA produce una hipertrofia ventricular izquierda que supone el primer paso de la cardiopatía hipertensiva. También duplica el riesgo de cardiopatía isquémica (como infarto agudo de miocardio y muerte súbita) y triplica el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva.

En el cerebro, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de accidentes cerebro vasculares (ACV), tanto isquémicos como hemorrágicos. Por otro lado, la lesión orgánica silente en el riñón debe evaluarse en todos los pacientes hipertensos en el diagnóstico y, como mínimo, anualmente, ya que el riñón puede ser la causa de la HTA, aunque también sufre sus consecuencias. La nicturia constituye el síntoma renal más precoz y traduce la pérdida de la capacidad de concentración (Borstnar y Cardellach, 2016).

En todos los pacientes se aconseja una disminución de la ingesta de sodio, la evidencia disponible sugiere que esto se asocia a un descenso tensional significativo principalmente en quienes presentan niveles de PA entre 120-159/80-95 mmHg. Se sugiere una ingesta diaria aproximada de 2 g/día de sodio en adultos, una reducción de este calibre puede ocasionar descensos de la PAS de hasta 5 mmHg. En la práctica clínica diaria, este objetivo es difícil de lograr y requiere educar al paciente en relación con el contenido de sal de los alimentos, así como la lectura de la información nutricional de los productos industrializados, ya que alrededor del 75 al 80% de la sal ingerida se encuentra en estos. El reemplazo de la sal común por otras sales minerales, solas o combinadas con sodio o entre sí, como potasio, calcio y magnesio puede

resultar parcialmente exitosa, considerando que el sodio aportado por el salero implica un porcentaje menor de la ingesta diaria de sodio (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Por otro lado, se recomienda un incremento de la ingesta de potasio a partir de alimentos ricos en este micronutriente para reducir la PA y el riesgo de ECV. El aporte recomendado es de 3,5 a 5 g/día, sin embargo, no se recomienda la utilización de suplementos de potasio fuera de los alimentos fuente (frutas y hortalizas). Esta recomendación se debe a que está comprobado que los valores más bajos de PA se observaron en individuos que combinan una dieta baja en sodio y alta en potasio. Aún en los que consumen mayores cantidades de sodio, la PA fue menor si se asocia a una elevada ingesta de potasio en forma concomitante (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018)

En el estudio RENATA, a través de su encuesta, se registra que la proporción de población que refiere haber consumido diariamente los alimentos recomendados como frutas frescas y verduras, carnes, leche, yogur o quesos, se encuentra por debajo de las recomendaciones de consumo, siendo más marcado en algunos casos como frutas y verduras. Por el contrario, la proporción de la población que refiere consumir diaria o frecuentemente alimentos no recomendados como bebidas azucaradas, productos de pastelería, productos de copetín y golosinas, que poseen alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional, es alarmante. (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019)

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) proporciona información válida, confiable y oportuna sobre consumo de tabaco, alcohol, alimentación, actividad física, entre otros. La 4° edición se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2018. En esta encuesta se analizó el agregado de sal en las comidas y con ello se buscó medir el grado de concientización en la población acerca del daño del consumo excesivo de sal. Si bien este aspecto cultural y de cambio de hábitos es importante, debe tenerse en cuenta que 2/3 del consumo de sodio proviene de los productos ultraprocesados o envasados y no de la sal agregada por el consumidor. (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019).

Tratamiento de la hipertensión arterial

La toma de decisión para iniciar un tratamiento antihipertensivo está basada en el grado de elevación de la PA, en la edad del paciente y en la presencia de otras enfermedades. En general, el tratamiento farmacológico debe iniciarse de forma inmediata en todos los pacientes con HTA de grado 3, independientemente de la presencia de otros condicionantes, y en el resto de los hipertensos si se documenta diabetes, lesión de órgano diana, enfermedad renal crónica en estadio 3 o superior, o enfermedad cardiovascular establecida (Borstnar y Cardellach, 2016).

El tratamiento debe iniciarse en todo paciente con valores de HTA nivel 1 o superior (≥ 140 y/o 90 mm Hg). El objetivo de este es doble, por un lado, la reducción de la mortalidad y la morbilidad cardiovascular asociadas al aumento de la presión y, por otro, evitar la progresión y conseguir la regresión del daño orgánico (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018). Para el logro de dicho objetivo es necesario tratar, además de las cifras de PA, todos y cada uno de los factores de riesgo asociados (Borstnar y Cardellach, 2016).

En todos los casos se debe individualizar la terapéutica, ya que cada paciente tiene una situación particular e irreplicable, por lo que un fármaco que es útil en unos, no necesariamente lo será en otros. Por otro lado, el tratamiento en cualquiera de los niveles de la enfermedad, factores de riesgo o comorbilidades, debe comenzar y continuar con modificaciones en el estilo de vida y sin períodos de descanso, ya que la HTA esencial no se cura. Antes de iniciar tratamiento farmacológico, es conveniente evaluar siempre los efectos indeseables de las drogas a utilizar, sus indicaciones, interacciones con otras drogas, contraindicaciones absolutas o relativas, impacto sobre otros riesgos o enfermedades concomitantes, al igual que la posible adherencia del paciente al tratamiento y el costo que este tendrá (García, 2000).

La importancia de la evaluación global del paciente reside en cómo puede afectar un fármaco en las demás sintomatologías que el individuo presente, en el caso de los diuréticos utilizados para disminuir la PA, los efectos secundarios más comunes son las alteraciones hidroelectrolíticas como la hipopotasemia y las alteraciones metabólicas como la hipercolesterolemia, la hiperinsulinemia, la intolerancia a la glucosa y la

hiperuricemia; las cuales solo se desarrollan luego de un tratamiento prolongado. En todos los casos en los que sea posible, se recomienda la utilización de fármacos de acción prolongada de modo de asegurar el control de la PA durante las 24 horas con una sola toma diaria, lo cual favorece el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

En la fase de inicio del tratamiento, el hipertenso debe ser educado sobre la HTA y el RCV, haciendo hincapié en el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas. Toda revisión debe tener como objetivo mantener un adecuado control de todos los factores de RCV reversibles y valorar el estado de las lesiones orgánicas, por lo tanto, debe incluir: medida de la presión arterial, peso y estimación del IMC, perímetro abdominal, frecuencia cardíaca, cumplimiento terapéutico, efectos secundarios y posibles complicaciones y refuerzo de medidas de educación sanitaria sobre el tabaco, alcohol, sobrepeso y vida sedentaria (Alcazar et al., 2016).

Los cambios en el estilo de vida, como reducción del consumo de sodio, implementación de actividad física y abandono de hábito tabáquico, constituyen un pilar fundamental del tratamiento del paciente y deben ser indicados, como también su cumplimiento eficientemente controlado en todos los individuos, independientemente de la forma de presentación o probable etiología de la enfermedad. Esto se debe a que los hábitos de vida saludables están recomendados en la población general para la prevención del desarrollo de HTA y ECV, así como de otras enfermedades crónicas. Además, en pacientes con HTA nivel 1 y/o de bajo riesgo pueden evitar la necesidad de tratamiento farmacológico, o en el caso de que este ya esté instaurado, mejorar la eficacia del mismo y permitir una mayor disminución del RCV (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Dentro de los cambios de estilo de vida, como modificar el patrón alimentario (disminución de sodio, aumento de potasio, calcio o magnesio), se engloban dentro la dieta mediterránea y la dieta DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension), que han demostrado efectos beneficiosos en hipertensos (Vogt et al., 1999). Esta última tiene un efecto hipotensor, independientemente de la restricción de sal y el descenso de peso, ya que produce un descenso promedio de 5,5/3,5 mmHg para la PAS/PAD, respectivamente. El efecto hipotensor máximo se alcanza aproximadamente a las dos

semanas de implementada. La asociación de la restricción de sodio a la dieta DASH aumenta su efecto hipotensor (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

La alteración modificable más importante que predispone a la HTA es el sobrepeso, por lo cual a todos los pacientes hipertensos que lo padecen se les debe indicar dieta hipocalórica asociada con actividad física aeróbica. Cuando se evalúan los resultados terapéuticos se debe tener en cuenta que las reducciones leves del peso, aun sin llegar al peso ideal, producen una reducción de la PA útil como medida preventiva, ya que por cada kg de descenso de peso se observa una reducción de 1 mmHg de la PAS tanto en hipertensos como en normotensos; el descenso es mayor a mayor grado de sobrepeso inicial (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018). El descenso de peso es la medida más efectiva; un descenso de 10 kilogramos se acompaña de una reducción de la PA de 5 a 20 mmHg (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2011).

Considerando lo anteriormente desarrollado, la importancia de contribuir a la vigilancia epidemiológica para dar respuesta a la problemática y la escasez de datos locales que nos permitan tener un panorama actual, surge la presente investigación por parte del equipo de profesionales del Nutrir Salud.

Objetivos generales

- Determinar prevalencia de HTA autoreportada en población participante de actividades propuestas por el equipo de Nutrir Salud.
- Conocer el hábito de consumo de sodio en la población que participó de actividades propuestas por el equipo de Nutrir Salud.

Material y métodos

Corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal. La selección de la muestra fue no probabilística, aleatoria por conveniencia.

Se realizó un relevamiento de consumo de sodio y determinación de ECNT a 2235 personas mayores de 16 años durante el período mayo 2022 a mayo 2025 que

participaron de actividades propuestas por el equipo de Nutrir Salud. Para ello se diseñó una encuesta autoadministrada en formato digital y en papel, incluyendo las siguientes variables:

- Características sociodemográficas: edad, sexo (mujer o varon), lugar de residencia (dentro del partido de San Nicolas, otra ciudad de Buenos Aires, otra provincia).
- Presencia de ECNT autoreportada, indagando si considera que tiene HTA, diabetes y/o exceso de peso (Si/ No/ No sé).
- Tratamiento farmacológico, indagando si se tomaba medicación para presión alta (Si/No); y para la Diabetes (Si/ No).
- Control de presión arterial en los últimos seis meses (Si/ No).
- Hábitos de consumo de sal, tipo de sal, (sal común, sal saborizada, sal marina, sal light)
- Frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas: con qué frecuencia consume pan, galletitas de agua/dulces, chicitos, alfajor/ con qué frecuencia consume aguas saborizadas, gaseosas, jugos/ aderezos como mayonesa, ketchup, mostaza - todos los días, 4-6 veces por semana, 2-3 veces por semana, 1-2 veces por semana.

Para la carga y tratamiento de los datos, se utilizó el Software Excel.

Los resultados se muestran en frecuencias absolutas y porcentajes, acompañadas de tablas y gráficos para facilitar la comprensión.

Resultados

Se evaluaron a 2235 personas, de las cuales 1652 eran mujeres (73,9%) y 571 hombres (25,5%). El rango de edad fue de 16 a 91 años (media de 40,7 años). El 90,6% era residente del partido de San Nicolás.

Respecto de la presencia de ECNT, en la tabla 1 se muestran los valores de prevalencia de diabetes, hipertensión y sobrepeso de la población estudiada. Del total de hipertensos (467 personas) un 28,3% refirió tener diabetes y un 56,3% sobrepeso. Un 63,1% de la población manifestó haberse controlado la presión arterial en los últimos 6 meses, mientras que en los hipertensos el control es del 81,8%.

Al analizar el tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos, un 73,7% refirió tomar medicación tal como fue indicado por su médico.

TABLA 1. Prevalencia de ECNT en la población estudiada (n= 2235)

PREVALENCIA SEGÚN PATOLOGÍA	Frecuencia	PORCENTAJE (%)
Diabetes	245	11%
Hipertensión	467	21%
Sobrepeso	794	36%

Consumo de sal y frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados que presentan alto contenido en sodio.

En la tabla 2 se pueden observar los valores arrojados por la encuesta en referencia al uso de sal al cocinar y al agregado de sal en el plato servido, tanto en la población total como en los hipertensos.

TABLA 2. Consumo de sal en la población (n=2235)

		POBLACIÓN TOTAL		HIPERTENSOS	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
USO DE SAL AL COCINAR	SIEMPRE	1650	74%	259	55%
	A VECES	429	19%	129	28%
	NUNCA	156	7%	79	17%
AGREGADO DE SAL AL PLATO	SIEMPRE	259	11,6%	49	10,5%
	A VECES	511	22,9%	64	13,7%
	NUNCA	1465	65,5%	354	75,8%

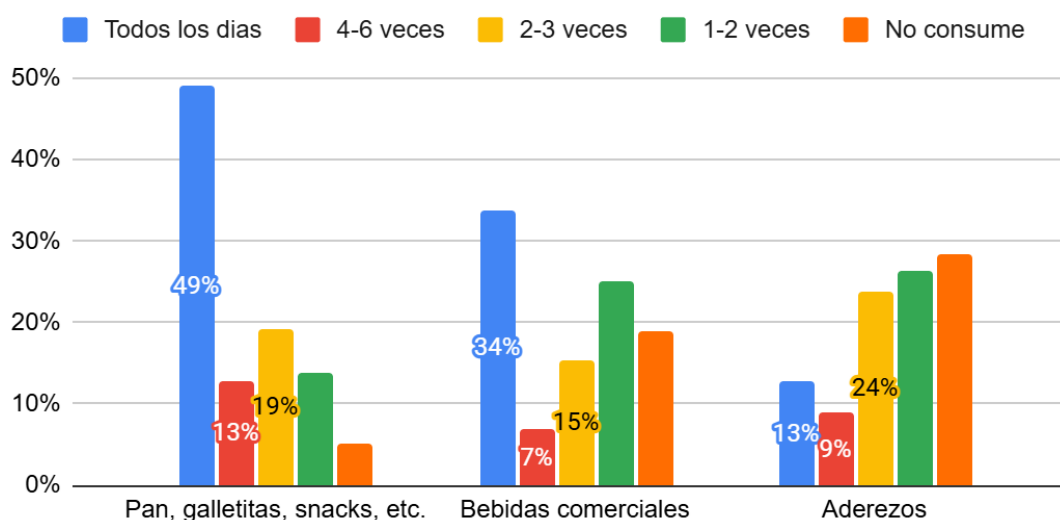
De ello se desprende que el 93% de la población total utiliza sal al cocinar (siempre/ a veces), y el 34,5% agrega sal al plato servido (siempre/ a veces). Cuando se analizó esta variable en la población hipertensa las cifras encontradas fueron 83% y 24,2% respectivamente.

El tipo de sal elegida fue la sal de mesa común tanto en población general (89%) como población hipertensa (77,7%). En cuanto al uso de otras sales, tales como sal saborizada, sal marina, sal light y otras sales, se observó una cifra más elevada en la población con hipertensión arterial en relación al resto de los encuestados (11,8% vs 7,3%).

Se analizó la frecuencia de consumo de los alimentos y bebidas ultraprocesados en la población no hipertensa, encontrándose que: un 49% los consume diariamente, mientras que un 13% lo hace de 4 a 6 veces por semana, siendo entonces un 62% los

que consumen este tipo de alimentos con gran frecuencia semanal (4 a 7 veces por semana). En la población hipertensa, ese consumo es muy similar (58%). [Gráfico 1].

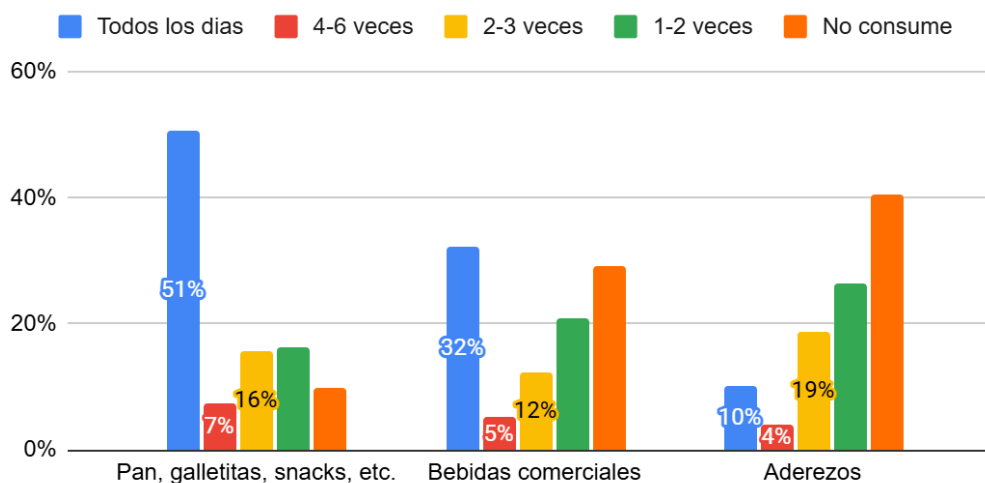
Gráfico N°1. Consumo de ultraprocesados en población no hipertensa. (n=1768)



El consumo diario de bebidas comerciales (como gaseosas, jugos, aguas saborizadas con o sin azúcar) es muy similar en ambas poblaciones estudiadas arrojando un valor de 33% en la población global y un 32,3% en población hipertensa.

Respecto del consumo de aderezos, el 20,1% de la población total y el 14,4% de la población hipertensa los consume con una frecuencia de 4 a 7 veces a la semana. [Gráfico 2].

Gráfico 2. Consumo de ultraprocesados en población hipertensa. (n=267)



Discusión

Analizando la prevalencia de ECNT en la población encuestada, el 11% refiere presentar diabetes, valor similar al arrojado por autorreporte en la 4° ENFR (12,7%). En cuanto al exceso de peso, la prevalencia encontrada fue menor (36%) en comparación al 61,6% que refiere el estudio anteriormente citado (ENFR).

De la población estudiada, el 21% se autoreportó hipertensa, mientras que los datos nacionales indican que el 34,7% (4° ENFR) y 36,3% (RENATA 2). Hay que destacar que un 9% de nuestra población desconoce si presenta esta patología.

En relación con el control y tratamiento para la HTA, el 73,7% refirió tomar medicación para la presión. Los resultados de la 4° ENFR arrojaron que entre aquellas personas que se autorreportaron con PA elevada, el 53,4% estuvo haciendo algún tratamiento durante las últimas dos semanas, ya sea con medicación o con dieta y/o ejercicios). En cuanto al control de PA, en la población total, el 63,1% refirió haberse controlado la misma en los últimos 6 meses, mientras que, a nivel nacional, un 84,3% de los adultos refirió haber realizado esta medición en los últimos 2 años. Respecto de la población hipertensa, el 81,8% manifestó haberse controlado la presión. Se estima que la población argentina consume alrededor de 11 gramos por día, lo que supera ampliamente lo recomendado (4°ENFR). Si bien no se cuantificaron los gramos consumidos, se observa que el 93% de la población total usa sal al cocinar, y de los hipertensos un 83% vs. 68,9% referidos en la 4° ENFR (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019).

Al evaluar el hábito de agregar sal al plato servido, el 34,5% de la población total refiere tenerlo y de los hipertensos el 24,2% vs 16,4% según la 4° ENFR.

Profundizando en el tipo de sal consumida, la gran mayoría elige sal común (89%), solo un 2,3% utiliza sal reducida en sodio. Este hábito también se sostiene en los pacientes hipertensos, en los cuales los valores son 77,7% y 5,8% respectivamente.

El consumo de productos de panadería y ultraprocesados con frecuencia diaria es mayor en la población estudiada respecto de lo reportado en la ENNYS 2 (49% y 17,2% respectivamente). Es importante aclarar que en nuestro estudio se incluyeron en la categoría alimentos como pan blanco o integral, galletitas de agua o integrales,

chicos, alfajor, mientras que en la ENNYS se tuvieron en cuenta caramelos, chupetines, chicles y barras de cereal.

En la población hipertensa, un 58% consume estos productos de 4 a 7 veces por semana. Este valor es similar al porcentaje de la población total (61%), Por otro lado, en nuestra población analizada 39,8% consume bebidas comerciales de 4 a 7 veces por semana. Mientras que, de acuerdo a la ENNyS 2, el 36,7% de la población refirió haber consumido bebidas artificiales con azúcar al menos una vez al día. Un valor similar (34,92%) se obtuvo en una investigación llevada a cabo con estudiantes de 18 a 30 años que residen en el AMBA (Arriagada et al., 2023).

Analizando la sumatoria de estos hábitos que continúan arraigados en la población con altos niveles de PA, podríamos inferir que el conocimiento sobre la importancia de adoptar hábitos alimentarios saludables, más allá de cumplir con el tratamiento farmacológico y de los controles de PA, aún es deficiente en los pacientes, siendo necesario reforzar las estrategias. La educación alimentaria nutricional es considerada un pilar fundamental en el tratamiento de la HTA y se enmarca dentro del tratamiento no farmacológico recomendado por la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, por lo que desarrollar estrategias que favorezcan la adopción de buenos hábitos debe ser un objetivo primordial de los equipos de salud (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Conclusiones

Los datos analizados nos sugieren que la población realiza los controles de la PA, tanto no hipertensos como hipertensos. Más de la mitad de estos últimos cumplen en su mayoría con el tratamiento farmacológico.

Respecto al consumo de sal, podemos resaltar que el hábito de agregarla al cocinar es más frecuente que el de agregarla al plato servido y es una tendencia que se mantiene en la población hipertensa. Esto último, resulta alarmante, ya que da cuenta de que no existe una buena adherencia al tratamiento nutricional de la HTA, inclusive teniendo el diagnóstico, aumentando el riesgo de las complicaciones de la misma.

Esta falta de adherencia se registra a su vez, en el consumo de sal de mesa, así como la ingesta elevada en ambas poblaciones (general e hipertensas) de alimentos ultraprocesados y bebidas comerciales.

Esto refuerza la necesidad de acrecentar las investigaciones en búsqueda de dar luz a las razones por las que la población no sigue los lineamientos para el cuidado de la presión arterial. Esto permitirá trabajar en el diseño de políticas públicas, y acciones tendientes al abordaje de esta problemática a nivel regional y local con la participación intersectorial.

Referencias

Alcazar, J. M., Oliveras, A., Orte Martínez, L. M., Jiménez, S. y Segura, J. (2016).

Hipertensión arterial esencial. *Nefrología al Día*.

Arriagada, L., Piu, L., Szalkowicz, M., Villa, V., Cancino, Y. y Vivona, V. (2023). Consumo de productos ultraprocesados y motivos de elección en estudiantes universitarios de 18 a 30 años, que residen en el AMBA en el mes de septiembre del año 2022. *Revista Nutrición Investiga*, 8(1), 183-235.

Borstnar, C. R. y Cardellach, F. (2016). *Farreras Rozman. Medicina Interna*. (Vol. 58). Elsevier.

Delucchi, A. M., Majul, C. R., Vicario, A., Cerezo, G. H. y Fábregues, G. (2017). *Registro Nacional de Hipertensión Arterial*. Sociedad Argentina de Cardiología.

García, P. O. (2000). Guías para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. *Finlay*, 9 (Número Especial 1).

Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Sociedad Argentina de Cardiología. (2018). *Consenso Argentino de Hipertensión Arterial*.

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. (2011). *Guías para el Diagnóstico, Estudio, Tratamiento y Seguimiento de la Hipertensión Arterial*.

Torresani, M. E. (2011). *Lineamientos para el Cuidado Nutricional*. (Vol. 5). Eudeba.

Vogt, T. M, Appel, L. J, Obarzanek, E., Moore, T. J., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., Sacks, F. M., Bray, G. A., Cutler, J. A., Windhauser, M. M., Lin, P. H., Karanja, N. M. (1999). Enfoques dietéticos para detener la hipertensión: fundamento, diseño y métodos. Grupo de Investigación Colaborativa DASH. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(8), S12–S18. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(99\)00411-3](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(99)00411-3)