

### Palabras clave

Estilo de vida, patrón alimentario, dieta DASH, motivación, dieta del mediterráneo.

### Abreviaturas utilizadas

ACV: accidente cerebro-vascular

CINa: cloruro de sodio

### Síntesis Inicial

- El estilo de vida saludable es el fundamento de la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial y la enfermedad aterosclerótica.
- El concepto de tratamiento no farmacológico ha dejado paso al de cambios terapéuticos de estilo de vida.
- El patrón alimentario de las dietas tipo mediterránea y dieta DASH es el objetivo en lugar del consejo por nutrientes individuales.
- Las estrategias motivacionales pasan a ser un recurso médico importante para ser aprendido.

El compromiso con un “estilo de vida saludable” puede ser suficiente para evitar, retrasar o reducir el uso de medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial. En términos poblacionales, se puede esperar una reducción de la presión con el descenso de peso (5-20 mm Hg/10 kg), con la dieta DASH (8-14 mm Hg), con la reducción de la ingesta de sodio (2-8 mm Hg), con el aumento de la actividad física (4-9 mm Hg), con la moderación del consumo de alcohol (2-4 mm Hg) y con la cesación tabáquica. La combinación de modalidades ofrece un efecto potenciador.<sup>1</sup>

Los cambios terapéuticos de estilo de vida deberían ser no sólo el paso inicial, sino también una constante al tratar la hipertensión arterial y, por extensión, la enfermedad cardiovascular. Aun cuando tanto la evidencia acerca de su eficacia como la conexión causal con la fisiopatología de la enfermedad está clara desde hace varias décadas, solo en los últimos años (aproximadamente desde 2005) ha sobrevenido un cambio conceptual con respecto a este tema.

Este cambio conceptual no es fácil de ser reconocido si solo se hace una enumeración analítica de las medidas no farmacológicas para el control de la presión arterial y de su peso relativo para alcanzar el objetivo de descender la presión arterial.

En la actualidad, al realizar una búsqueda en *Pubmed*, el sistema muestra un gráfico de los resultados año por año. Es interesante ver que en el caso de las medidas no farmacoló-

gicas para el tratamiento de la hipertensión, nutricionales o no, se muestran gráficos con una enorme publicación de artículos a partir del año 2005, y casi ausencia de publicaciones antes de la década de 1990.

Esta masa de información reciente no representa un cambio en el “qué” medidas son útiles, sino en el “cómo” aplicarlas, además de “quién” y “a quién”, demostrando más profundamente el reconocimiento del rol de la cultura como determinante de la historia de una enfermedad. En el pasado, al centrar la atención en el “qué”, el tema parecía reducirse a dividir dicotómicamente los alimentos y conductas en buenas o malas para la salud; a pesar del progreso conceptual en este tema aún persiste esta perspectiva en muchas recomendaciones apuradas, en expresiones populares o en el marketing de variados productos. Muy distinto es hacer foco en los otros interrogantes, “cómo, quién, a quién”, ya que con ellos la educación como proceso permanente de construcción y deconstrucción del conocimiento se hace presente y provoca la necesidad de nuevas formas de sumergirnos en el tema.

Este viraje, que es la novedad de la primer década del siglo XXI, es tan importante que ha llevado a buscar un nombre más adecuado, ya que la definición por la negativa (“no farmacológicas”) presenta varios inconvenientes: pone a la farmacología en primer lugar al contradecir el rol fundamental en el tratamiento que deberían tener estas inter-

venciones, además, éste nombre incluye estrategias de tratamiento intervencionista, como la denervación renal o el estimulador implantable del seno carotídeo, por nombrar un par de ejemplos, que son medidas para casos muy puntuales y lejanos a la prevención primaria. A pesar de que no hay consenso aún, el nombre que se está imponiendo es el de “cambios terapéuticos de estilo de vida”.

Ya que desde la denominación se deja ver que el estilo de vida pasó a tener un rol causal en la hipertensión, la enfermedad cardiovascular y de muchas otras patologías prevalentes, al igual que los factores de riesgo clásicos. Al proponer cambios para un estilo de vida generador de hipertensión o de aterosclerosis surgen nuevas preguntas que muchas de las publicaciones atienden: quién, cómo y a quién realizar estos cambios.

El *quién*, a diferencia de lo que ocurría en décadas anteriores, se propone descentralizado; se incluyen actores en todos los niveles de la sociedad, agentes de salud, escuelas, gobiernos, inclusive grupos de pares, familiares y también estrategias de autogestión. Nadie queda excluido de injerencia en la problemática.<sup>2</sup>

El *cómo*, pasa a ser un tema de estudio y reflexión, ya que es la complejidad de la conducta humana con sus casi infinitos matices la determinante de la presencia, de la persistencia y también de la solución de los problemas de los que estamos hablando. La motivación pasa a ser un tema de la medicina y se crean nuevos espacios para el ejercicio de la medicina, como son los grupos y talleres de educación, las actividades comunitarias, la educación a través de material gráfico y electrónico, las redes sociales, etc.<sup>3</sup>

Finalmente, el *a quién*, en la actualidad se ha hecho amplio, se han sorteado las barreras de edad, y las recomendaciones son similares desde la primera infancia. También son similares entre sanos y enfermos, acercando la distancia entre la prevención primaria y secundaria. Lo novedoso es la implementación de estudios de cambio de estilo de vida en normotensos, que muestran que la presión desciende también, para implementar así el puro concepto de prevención, ya que la probabilidad de desarrollar hipertensión, obesidad o enfermedad aterosclerótica en la cultura occidental es enormemente alta.<sup>2</sup>

Existe otro concepto que marca una distinción de la última década con respecto a las anteriores y es el concepto de patrón.<sup>2</sup> La recomendación actual es de un patrón alimentario dentro de un estilo de vida saludable. Esta forma de expresar la indicación va más allá de las recomendaciones sobre nutrientes individuales y aislados, características de guías anteriores. La experiencia acumulada desde la segunda mitad del siglo XX dice que cada vez que se hizo una recomendación a favor o en contra de algún nutriente aislado, el patrón alimentario tendió a desbalancearse a largo plazo.

## Dieta DASH

La llamada dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), validada a partir del estudio original para el descenso de la presión arterial,<sup>4</sup> cumple con todas las características

descritas en la introducción: es un patrón alimentario que desciende la presión arterial más allá de su efecto hiposódico, que es recomendación para hipertensos y adecuada para no hipertensos. Se han publicado numerosos estudios acerca de sus múltiples beneficios sobre lo demás factores de riesgo de enfermedad cardiovascular además de la hipertensión arterial. Es importante recordar que, como en otras intervenciones nutricionales, la validación es sobre el control de los factores de riesgo y no sobre la mortalidad.<sup>5</sup> Pueden encontrarse también múltiples publicaciones y sitios web sobre la forma de motivar a las personas para sostener la dieta a largo plazo.

Es valioso destacar que la dieta DASH, a primera vista, parece ser una dieta rica en vegetales y proteínas lácteas además de baja en sodio y grasas saturadas. Esta característica puede llevar a sobresimplificar su composición y pasar por alto las características principales de esta: el aporte de potasio y de calcio en la dieta DASH es alto y necesita, tanto de quien enseña como de quien aprende a realizarla, una atención especial.

## Nutrición no es farmacología<sup>6</sup>

Los estudios epidemiológicos observacionales sobre el estilo de vida y la morbimortalidad hipertensiva y aterosclerótica siempre han mostrado importantes diferencias entre los patrones nutricionales culturales a favor de aquellos similares a la dieta del mediterráneo. Estas observaciones se reproducen claramente en las intervenciones destinadas al control de los factores de riesgo y, dudosamente, en aquellas destinadas a la mortalidad y eventos duros. Aunque hay excepciones, como en el ejemplar caso del estudio de Lyon.<sup>7</sup>

Las intervenciones nutricionales son extremadamente difíciles de ser estudiadas a través de los métodos estadísticos habituales en la farmacología. Un nutriente en la vida cotidiana forma parte de un plato complejo, conectado a conductas sociales y hábitos individuales. Esta complejidad modula el efecto de un nutriente y produce variados resultados que en los estudios estadísticos pueden ser desconcertantes.

Otra diferencia de la nutrición con la farmacología es la ausencia de evidencia para el uso de suplementos o dosis supra fisiológicas (al estilo de la farmacología) de aquellos nutrientes que han mostrado favorecer el descenso de la presión, como son el potasio, el calcio, el magnesio y los ácidos grasos omega 3.<sup>8</sup> Esta situación, en apariencia paradójica, se explica por el aporte muy reducido de estos nutrientes en la dieta occidental. Por ejemplo, en el caso del potasio, la dieta DASH tiene un aporte de 4000 mg/día, lo que acerca la excreción de potasio a los 100 meq/día, cifra muy lejana de la excreción habitual. La fisiopatología de la hipertensión requiere de un exceso de sodio en medio de un déficit relativo de potasio.<sup>9</sup> En el caso del calcio, como en el del potasio, dada la fina capacidad del organismo para mantener los niveles plasmáticos de estos iones, su aporte deficitario suele pasar desapercibido y determina una mayor secreción de parathormona.

La confusión de la nutrición con la farmacología lleva a que la mayoría de los pacientes crean que las sales sin sodio

son un reemplazo de sabor amargo y no reciban la información de los beneficios del uso de estas sales en relación tanto al descenso de la presión como a la protección contra el ACV.<sup>10</sup>

## Sodio

La dieta baja en sodio ha mostrado no solo reducir la presión arterial sino también la hipertrofia miocárdica, la proteinuria, el ACV, la osteoporosis y el cáncer de estómago.<sup>11</sup> Los efectos adversos de la dieta hiposódica, aunque mínimos estadísticamente, pueden presentarse en la clínica. Aun cuando el consenso actual propone una dieta de 6 gr de ClNa/día, no toda la evidencia en este sentido es unánime.<sup>12</sup> La dieta hiposódica reduce en 2 mm Hg la presión arterial, cifra que poblacionalmente es importante y que, sin embargo, individualmente puede llevar a gran dificultad en la adherencia a la recomendación. Este es otro ejemplo de la importancia de la intervención de otros niveles sociales, como el empresario y el gubernamental. Es sorprendente cómo, a pesar de este pequeño cambio de la presión, la intervención sobre la ingesta de sodio puede tener efectos positivos en la mortalidad, aun cuando la intervención no se haya sostenido en el tiempo, como en el caso del seguimiento a largo plazo de los pacientes del estudio TOPH (*Trials of Hypertension Prevention*) I y II.<sup>13</sup>

## Sobrepeso

Paradójicamente, la incidencia y prevalencia de hipertensión sigue alta, atribuible al aumento de la obesidad. Su control es la medida más eficaz para el descenso de la presión arterial. Aunque el tratamiento quirúrgico de la obesidad ha ganado espacio en los últimos años, es el cambio de estilo de vida la intervención más adecuada para el logro y mantenimiento de un peso corporal normal. Esta intervención se presenta en la bibliografía como multifactorial, compleja y sostenida en el tiempo.

## Motivación

Los cambios de estilo de vida en pos de un hábito saludable requieren una fuerte motivación tanto de parte del paciente como del profesional. Aunque el JNC VII (*Joint National Committee*) en su breve apartado de tratamiento no farmacológico hace referencia a que con empatía y motivación se obtienen mejores resultados con respecto a la adherencia, solo luego de la publicación de la última recomendación de la AHA (*American Heart Association*) acerca de este tema es que comenzaron a haber sugerencias concretas sobre formación y entrenamiento de los médicos en los recursos adecuados, como por ejemplo, las técnicas de entrevista motivacional de Miller.<sup>14</sup>

## Reflexión final

Tal como reconocen las guías de la AHA del 2006,<sup>4</sup> la tarea del cambio del estilo de vida aterogénico por uno saludable no es fácil. La dificultad está dada principalmente en que es necesario, antes de cualquier intervención, comprender los cambios conceptuales y paradigmáticos que son necesarios para coronarla de éxito.<sup>15</sup>

## Bibliografía sugerida

1. Dickinson, H.; Mason, J. y col. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24(2):215-233.
2. Lichtenstein, A.; Appel, L. y col. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006; 114 (1): 82-96
3. Gidding, S.; Lichtenstein, A. y col. Implementing American Heart Association pediatric and adult nutrition guidelines: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, and Council for High Blood Pressure Research. *Circulation* 2009; 119 (8):1161-1175.
4. Svetkey, L.; Simons-Morton, D. y col. Effects of dietary patterns on blood pressure: subgroup analysis of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1999; 159(3):285-293.
5. Folsom, A.; Parker, E. y Harnack, L. Degree of concordance with DASH diet guidelines and incidence of hypertension and fatal cardiovascular disease. *Am J Hypertens* 2007; 20 (3):225-232.
6. De Lorgeril, M. y Salen, P. Fish and N-3 fatty acids for the prevention and treatment of coronary heart disease: nutrition is not pharmacology. *Am J Med* 2002; 112(4):316-319.
7. Leaf, A. Dietary prevention of coronary heart disease: the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99 (6):733-735.
8. Houston, M. y Harper, K. Potassium, Magnesium, and Calcium: Their Role in Both the Cause and Treatment of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10(7 suppl 2):2-11.
9. Adrogué, H. y Madias, N. Sodium and potassium in the pathogenesis of hypertension. *N Engl J Med* 2007; 356 (19):1966-1978.
10. D'Elia, L.; Barba, G. y col. Potassium intake, stroke, and cardiovascular disease: a meta-analysis of prospective studies. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57(10):1210-1219.
11. Hooper, L.; Bartlett, C. y col. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ* 2002; 325:628.
12. Frisoli, T.; Schmieder, R. y col. Salt and hypertension: is salt dietary reduction worth the effort? *Am J Med* 2012; 125 (5):433-439.
13. Cook, N.; Cutler, J. y col. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ* 2007; 334(7599):885-888.
14. Rubak, S.; Sandbaek, A. y col. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55(513):305-312.
15. Appel, L. y col. ASH Position Paper: Dietary approaches to lower blood pressure. 2009; 11(7):358-368.