

LOS MITOS AHOGAN LA VERDAD

“Para cuidar el corazón, debo cuidarme del sodio de las aguas”

RICARDO IGLESIAS¹

RESUMEN

Existe una estrecha relación entre la ingesta exagerada de sal en la dieta y el incremento de la presión arterial con las consiguientes complicaciones que esto acarrea. Este concepto fue asociado a un potencial peligro del contenido de sodio de las aguas. Por este motivo casi el 80 % de las personas evitan consumir mucha agua porque temen que los niveles de sodio que contiene sean excesivos. En realidad esta creencia no se enmarca en ninguna evidencia científica. La Organización Mundial de la Salud indica que el agua no contribuye significativamente en la ingesta total diaria de sodio, excepto en aquellas personas que requieran dietas muy restringida para este mineral (<400 mg).

En nuestro país, la campaña “Menos sal, más vida”, promovida por el Ministerio de Salud de la Nación, refiere que la mayoría del consumo de sal proviene de los alimentos procesados. Las aguas minerales envasadas conocidas como “agua baja en sodio” están dirigidas específicamente a la población de sujetos con hipertensión arterial; sin embargo, las evidencias actuales indican que debería ser revisada esta afirmación.

Palabras clave: hipertensión arterial, agua, sodio, creencias.

REVISTA CONAREC 2013 SEP-OCT;29(121):232-234 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular continúa produciendo devastadoras consecuencias en la salud de la población mundial. Con un número cercano a los 17 millones de muertes, es la primera causa de mortalidad en todo el mundo, además de posicionarse como la tercera causa de años de vida saludable perdidos, con una cifra de 150 millones, solamente superada por los accidentes y las enfermedades mentales.

En Argentina, también es la primera causa de muerte, con una tasa bruta de mortalidad de 250 personas por cada 100.000 habitantes; le sigue la mortalidad por enfermedades tumorales con 148.

Se comprobó con el estudio de miles de pacientes que ciertos factores desempeñan un papel importante en las probabilidades de que una persona padezca una enfermedad del corazón.¹

La hipertensión arterial es sin duda una de los factores de riesgo más prevalente. Un tercio de la población argentina mayor de 18 años la presenta. La presión arterial (PA) elevada explica el

62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria.²

Existe una estrecha relación entre la ingesta de sal en la dieta y la PA. Con un alto consumo de sal se detecta un claro incremento de la presión arterial.

La sal es la única roca mineral comestible por el ser humano y es posiblemente el condimento más antiguo empleado por el hombre. Su importancia para la vida es tal que ha marcado el desarrollo de la historia en diversas fases, moviendo las economías, siendo objeto de impuestos y hasta el origen de algunas guerras. El valor que tuvo en la antigüedad ha dejado de ser tal debido a la conciencia que ha generado su relación con la hipertensión arterial y la descompensación en cuadros clínicos de insuficiencia cardíaca, renal o hepática.

Las recomendaciones en la restricción de la ingesta de sal para pacientes adultos no difieren demasiado en cada una de las patologías enunciadas:

En **hipertensión arterial** se indica un consumo diario menor a 2000 mg de sodio (menos de 6 g de sal). Las dietas muy hiposódicas son difíciles de mantener y podrían aumentar el riesgo, por activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y aumento de actividad simpática.³

En **insuficiencia cardíaca** deben restringir la ingesta de sodio en la dieta. La cantidad de sodio diaria debe ajustarse a la gravedad del cuadro clínico. (Clase I. Nivel de evidencia C).⁴

En **insuficiencia renal** y en **insuficiencia hepática**, también se indica un consumo de sodio menor a 2000 mg/día.⁵⁻⁶

La restricción severa (menos de 400 mg de sodio) se prescribe

1. Médico Cardiólogo. Expresidente de la Sociedad Argentina de Cardiología. Expresidente de la Fundación Cardiológica Argentina. Fellow of The American College of Cardiology. Médico Sanatorio Trinidad Mitre, CABA, Rep. Argentina.

en muy contadas situaciones clínicas, **hipertensión arterial severa y refractaria, insuficiencia cardíaca en clase funcional (CF) IV y en pacientes con ascitis por insuficiencia hepática descompensada.**⁷

DESARROLLO

La estrecha relación entre la ingesta exagerada de sal en la dieta y el incremento de la presión arterial con las consiguientes complicaciones que esto acarrea fue asociada a un potencial peligro del contenido de sodio de las aguas.

Es frecuente en la población e inclusive en el profesional de la salud la restricción en el consumo de aguas de mineralización media para dietas hiposódicas.

Por este motivo algunas personas evitan consumir mucha agua, porque temen que los niveles de sodio que contiene sean excesivos. Múltiples referencias dan cuenta de la importancia vital del agua en la vida de las personas. Sin embargo, en los últimos años, la aparición de informaciones erróneas o mal transmitidas a lo largo del tiempo han generado en la población dudas, creencias o mitos acerca del contenido de la sal en el agua, los cuales podrían influir en la ingesta de líquidos.

En un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal, de 1014 entrevistas directas, domiciliarias, con una cobertura nacional a individuos de ambos sexos >18 años de edad, se comprobó que el 80% de la población entrevistada estuvo de acuerdo con la creencia que *"Para cuidar el corazón, hay que tomar agua baja en sodio"*. Dicha percepción estuvo más arraigada en las mujeres, en las poblaciones de edad más avanzadas (65 años o más) y en la población con mayor nivel educacional.

Al indagar cuánto influye esta creencia en el consumo de bebidas, se observó una fuerte influencia en el 77% (IC95%: 72,8%-81,2%) de la población estudiada.⁸

Realmente, esta creencia no se enmarca en ninguna evidencia científica. La Organización Mundial de la Salud indica que el agua no contribuye significativamente en la ingesta total diaria de sodio, excepto en aquellas personas que requieran dietas muy restringida para este mineral (< 400 mg).⁹ Incluso asevera que no hay conclusiones firmes sobre la posible asociación entre el sodio en el agua y la hipertensión arterial, en consideración a ello es que no proponen guías para regular este tema.¹⁰

La fuente más importante de ingesta de sodio es la sal de mesa y de los alimentos procesados. De hecho, en los Estados Unidos, más del 75% del sodio en la dieta proviene de comer alimentos envasados y comida en restaurantes.¹¹

En nuestro país, la campaña *"Menos sal, más vida"*, promovida por el Ministerio de Salud de la Nación, refiere que más del 60% de la sal que consumimos proviene de alimentos procesados.¹² La iniciativa prioriza cuatro grupos de alimentos para la reducción de sodio (productos cárnicos y derivados, farináceos, lácteos (quesos), sopas, aderezos y conservas, sin incluir a aguas y bebidas sin alcohol.

Cuando profundizamos en el contenido de sal de ciertos alimentos, nos alarmamos al observar, por ejemplo, que 100 g de acelga

cruda contiene un poco más de 200 mg de sodio y 100 g de huevo (aprox. 2 unidades) 140 mg de sodio. En cambio 200 ml de agua mineralización media (un vaso) es tan solo de 32 mg.

Durante años se tomaron decisiones con respecto a las indicaciones de restricción en la ingesta de sodio sin una acabada evidencia al respecto. Varios estudios demuestran la complejidad de la relación sal, presión arterial y la influencia probable, hasta ahora no clara, de múltiples factores ambientales y dietéticos implicados.^{13,14} Los resultados apuntan, por lo tanto, a que el bicarbonato sódico y también muy probablemente, el calcio, potasio y el magnesio que acompañan al sodio en la dieta sean factores que interactúan entre sí y modulen la respuesta presora del sodio a través de varios mecanismos de acción no totalmente aclarados.¹⁵

Trabajos científicos han estudiado la posibilidad de que las aguas minerales ricas en bicarbonato sódico reduzcan o no afecten a las cifras de presión arterial.^{16,17} Estos estudios demuestran que la ingesta de aguas minerales, tanto de débil como de media mineralización durante semanas, no aumenta la PA en pacientes adultos hipertensos. Las aguas minerales envasadas con un contenido de sodio menor de 20 mg/l se las denominan como agua baja en sodio. Están dirigidas específicamente a la población de personas con hipertensión arterial, pero las evidencias actuales indican que debería ser revisada esta afirmación.

CONCLUSIÓN

Beber agua no representa un riesgo cierto en cuanto a la ingesta de sodio. Al momento de hidratarnos debemos prestar mayor atención al exceso de calorías proveniente de bebidas e infusiones azucaradas, que acarrea otros problemas de salud igualmente preocupantes, como exceso de peso, entre otros.¹⁸

Según el estudio HidratAR, representativo de la población argentina, el 50% de las 800 personas que participaron del estudio ingiere bebidas e infusiones con azúcar, y ello suma calorías a lo largo del día.¹⁹ Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas y que además pueden influir en cambios de actitud en su vida cotidiana.²⁰

Lamentablemente, muchas de estas ideas no están sustentadas por evidencias científicas sólidas y pueden generar temores infundados. Como reflexión final creo que es necesario preguntarnos si **¿sabemos dar el mejor consejo?** y recordar que **los mitos ahogan la verdad.**

ABSTRACT

It is well known that the intake in excess of sodium is associated with hypertension. There is a general belief that the intake of water with standard levels of sodium is cause of elevation in blood pressure, but there are not scientific fundaments to affirm this.

Key words: high blood pressure, sodium, water, beliefs.

BIBLIOGRAFÍA

1. *La salud es una decisión política*. Iglesias R. *Rev Arg Cardiol*; 77 N2: 141-42. 2009.
2. *Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal*. *Rev Argent Salud Pública*, 2011; 2(6):34-41.
3. *Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Grupo Latinoamericano de Expertos*. *Rev. Chil. Cardiol*. 2010; 29: 117-144.
4. *Consenso de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica*. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev. Argent. Cardiol*. vol.78no.2.2010
5. *Clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease*. *Am J Kidney Dis* 43 (Suppl 1): S1-S290, 2004.
6. *Practice guideline: Evaluation of the patient for liver transplantation*. *Hepatology* 2005;41(6)June: 1-26
7. *Practice guideline: Management of adult patients with ascitis due to cirrhosis*. *Hepatology* 2004;39: 841-56.
8. *Creencias, mitos y realidades relacionadas al consumo de agua*. Iglesias R., Carmuega E., Spina L., Casdólvola C. *Rev Insuficiencia Cardíaca* Vol 8, N° 2, 2013
9. *Nutrients in Drinking Water*. World Health Organization 2005.
10. *Guidelines for drinking-water quality - 4th ed. Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (<http://www.who.int>) 2011*
11. Howard G. et al. *Healthy villages: A guide for communities and community health workers*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/water/sanitation/health/hygiene/settings/hvintro.pdf>). (2002)
12. www.msal.gov.ar/ent/images/stories/ciudadanos/pdf/2012-07_acuerdos-voluntarios-industria-reduccion-sodio.pdf
13. Luft FC, Weinberger MH. Heterogeneous responses to changes in dietary salt intake: the salt-sensitivity paradigm. *Am J Clin Nutr* 1997;65:612S-7S.
14. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, Appel L, Bray GA, SimonsMorton DG, et al. for de DASH-Sodium Trial Collaborative Research Group. Effects of Diet and sodium Intake on Blood Pressure: subgroup analysis of the DASH-Sodium Trial. *Ann Intern Med* 2001. 35:1019-28.
15. Pérez-Granados AM et al. Reduction in cardiovascular risk by sodium-bicarbonated mineral water in moderately hypercholesterolemic young adults. *J Nutr Biochem*. 2010; 21(10): 948-53.
16. Hernandez A; Ramon JR; Martell N; Cuenca E; Marquez J. Human lipid peroxidation and blood pressure changes in normotensive and hypertensive patients crenotherapy-treated with sulphured mineral waters and peloids. *Proceedings of 17º Congress of the International Association of Gerontology*. 2000. Vancouver. Canadá. P398.
17. Schoppen R, Perez Granados AM, Carvajal A, Oubina P, Sanchez-Muniz FJ, Gomez-Gerique JA, Vaquero MP. A sodium-rich carbonated mineral water reduces cardiovascular risk in postmenopausal women. *J Nutr* 2004; 134: 1058-63.
18. Pan A, Hu FB. Effects of carbohydrates on satiety: differences between liquid and solid food. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2011, Jul;14(4):385-90.
19. *Actualización en Nutrición. Suplemento sobre hidratación*. *Rev SAN*, Vol 13, Supl 1, año2012
20. "www.mitosdelagua.com.ar".Sociedad Argentina de Nutrición (SAN), Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), Asociación Argentina de Nutricionistas (AADYND), Hydration for Health (H4H).