

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE EL CONSUMO DE SAL

---



- ➔ Para prevenir las enfermedades producto del consumo excesivo de sal, **la OMS recomienda una ingesta máxima de 5 gr de sal** o 2000 mg de sodio por día.
- ➔ Se calcula que la ingesta promedio de sal en la mayoría de los países es de entre 12 gr y 9 gr diarios.



- ➔ La hipertensión constituye el principal factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como el **infarto**, los **accidentes cerebrovasculares** y las **enfermedades renales**.
- ➔ El 30% de los casos de hipertensión son atribuibles a una ingesta de sal mayor a los valores diarios recomendados.



- ➔ **70%** de la sal que consumimos proviene de los alimentos industrializados.
- ➔ **Si se lograra reducir el consumo de sal al nivel recomendado por la OMS, se podrían evitar hasta 1 de cada 4 ataques al corazón o accidentes cerebrovasculares.**

La alimentación inadecuada (junto con el consumo de tabaco y la actividad física insuficiente) es una de las principales causas de las enfermedades no transmisibles (ENT). Estas enfermedades provocan la muerte de 35 millones de personas cada año a nivel global, el 80% de las cuales se producen en países de bajos y medianos ingresos.

La carga de ENT relacionadas con la hipertensión es sustancial. Existe evidencia suficiente que señala la estrecha relación entre el consumo excesivo de sal y

la hipertensión.<sup>1</sup> La hipertensión (o presión arterial elevada) es el principal factor de riesgo del infarto, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades renales y, en consecuencia, es la primera causa de muerte en el mundo. Por este motivo, para disminuir la prevalencia de hipertensión a nivel poblacional la implementación de políticas centradas en la detección y el tratamiento no suficiente. Es necesario el diseño e implementación de políticas de prevención y promoción de la salud cuyo objetivo sea la reducción de la ingesta de sodio en todos los sectores de la población.

## ¿Sal o sodio?

Aunque los términos “sal” y “sodio” suelen utilizarse indistintamente, no son exactamente lo mismo. La sal está compuesta por sodio y cloro (su nombre químico es “cloruro de sodio”).

Si bien sal y sodio no son lo mismo, **el 90% del sodio que consumimos habitualmente proviene de la sal**, principalmente de la sal que se usa en los alimentos procesados o industrializados.

### ① ¿Cuál es el consumo de sal diario recomendado?

Una ingesta diaria de sal de aproximadamente 400-500 mg (0,4 – 0,5 g) es suficiente para garantizar las funciones orgánicas de una persona adulta. No obstante, en la actualidad, factores tales como la disponibilidad, el costo y la variedad de los alimentos, en conjunto con las costumbres, los estilos de vida y los hábitos alimentarios han llevado a que en la mayoría de los países el consumo de sal diario por persona

exceda ampliamente lo necesario para el organismo.

Para prevenir las enfermedades producto del consumo excesivo de sal, **la OMS recomienda una ingesta diaria máxima de 5 grs de sal** o 2000 mg de sodio por día.<sup>2,3</sup> Un gramo de sal equivale a 0,4g (o 400 mg) de sodio y 1 gr (o 100 mg) de sodio equivales 2,5 gr de sal.

Con excepción de unos pocos países, el consumo de sal es elevado en todo el mundo.<sup>4</sup> En la mayoría de los países se ubica entre los 12 y los 9 gramos por día.<sup>5</sup>

## ② ¿Cuáles son las consecuencias para la salud del consumo excesivo de sal?

El consumo excesivo de sal es una de las principales causas de **hipertensión** en la población.<sup>6,7,8</sup> De hecho, el 30% de los casos de hipertensión son atribuibles a una ingesta de sal mayor a los valores diarios recomendados por la comunidad científica internacional. La hipertensión constituye, a su vez, el principal factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como el **infarto**,<sup>9,10</sup> los **accidentes cerebrovasculares**<sup>11</sup> y las **enfermedades renales**.<sup>12</sup>

Además, existe evidencia suficiente que demuestra que el consumo excesivo de sal puede ser una de las principales causas de **cáncer de estómago**<sup>13</sup> y que tiene una fuerte asociación con la **litiasis renal**, la **osteoporosis**, la **retención de líquidos** (ligada a la **insuficiencia cardíaca**<sup>14</sup> y al **edema**<sup>15</sup>), la **obesidad**<sup>16</sup> y el asma.<sup>17,18</sup> Asimismo, está comprobado que tiene una relación directa con el riesgo de **accidente cerebrovascular**, independientemente de la presión arterial.<sup>19,20</sup>

## ③ ¿De dónde proviene la sal que se consume habitualmente?<sup>21</sup>

La mayoría del sodio que se consume habitualmente proviene de los alimentos procesados o industrializados,<sup>22</sup> donde los consumidores no tienen participación ni conocimiento sobre la cantidad de sal agregada. En Argentina se calcula que entre el **65%** y el **70%**<sup>23</sup> de la sal que se consume proviene de dichos alimentos. Sólo una pequeña proporción proviene de la sal agregada en la mesa o al cocinar (alrededor del 15% del consumo). Por su parte, el contenido natural de sodio de los alimentos no procesados o naturales, como fru-

tas, verduras, legumbres y carnes, equivale a menos del 12% del consumo diario total de sodio.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, las principales fuentes de ingesta de sal en la Argentina son:

- Panificados
- Embutidos
- Quesos
- Caldos
- Productos de copetín o snacks
- Conservas (enlatados)

## ③ ¿Cómo mejoraría la salud de la población si se redujera el consumo de sal?

La región de América Latina y el Caribe presenta las tasas de hipertensión más altas a nivel mundial<sup>24</sup> y en Argentina, el 34% de la población adulta es hipertensa.<sup>25</sup>

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, aproximadamente el 30% de las perso-

nas que sufren de hipertensión tendrían una presión arterial normal y el resto tendría un mejor control de su presión arterial si redujesen la ingesta de sal a un nivel saludable.<sup>26</sup> De hecho, **si se lograra reducir el consumo de sal al nivel recomendado por la OMS, se podrían evitar hasta 1 de cada 4 ataques al corazón o accidentes cerebrovasculares.**

## REFERENCIAS

1. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens* 2002;16:761-70.
2. Organización Mundial de la Salud. Reducing Salt Intake in Populations: Report of a WHO Forum and Technical Meeting 5-7 Octubre, 2006, Paris, Francia. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2007.
3. Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. The Joint WHO/FAO Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *PublicHealthNutr* 2003;7:245-50.
4. Organización Mundial de la Salud. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies. Informe de la reunión técnico llevada a cabo por la OMS y la Food Standards Agency, Reino Unido, Julio 2010, 2011;1(1):3-42.
5. Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, et al: Salt intakes around the world: implications for public health. *Int J Epidemiol* 2009;38:791-813.
6. Organización Mundial de la Salud. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, Suiza, OMS; 2009.
7. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens* 2002;16:761-70.
8. He FJ, MacGregor GA. Importance of Salt in Determining Blood Pressure in Children. Meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2006;48:861-9.
9. Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, et al: Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ* 2007;334:885.
10. Tuomileho J, Jousilahti P, Rastenyte D, et al: Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality in Finland: a prospective study. *Lancet* 2001;357:848-851.
11. Nagata C, Takatsuka N, Shimizu N, et al: Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. *Stroke* 2004;35:1543-1547.
12. Swift PA, Markandu ND, Sagnella GA, et al: Modest salt reduction reduces blood pressure and urine protein excretion in black hypertensives: a randomized control trial. *Hypertension* 2005;46:308-312.
13. Tsugane S, Sasazuki S, Kobayashi M, et al: Salt and salted food intake and subsequent risk of gastric cancer among middle-aged Japanese men and women. *Br J Cancer* 2004;90:128-134.
14. He J, Ogden LG, Bazzano LA, et al: Dietary sodium intake and incidence of congestive heart failure in overweight US men and women: first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Intern Med.* 2002;162:1619-1624.
15. MacGregor GA, de Wardener HE: Idiopathic edema. En: Schrier RW, Gottschalk CW, editores. *Disease of the kidney*, 6ta ed., vol. III. Boston: Little Brown and Company; 1997, p. 2343-2352.
16. He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension* 2008;51:629-34. (CITA 16)
17. Panel on Dietary Reference Intakes for Electrolytes and Water, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride and Sulfate. Scientific Evaluation of Dietary Reference.* Washington, DC: National Academies Press; 2004.
18. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens.* 2009;23:363-84.
19. Nagata C, Takatsuka N, Shimizu N, et al: Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. *Stroke* 2004;35:1543-1547. (CITA 9)
20. Xie JX, Sasaki S, Joossens JV, et al: The relationship between urinary cations obtained from the INTERSALT study and cerebrovascular mortality. *J Hum Hypertens* 1992;6:17-21.
21. Mattes RD, Donnelly D. Relative contributions of dietary sodium sources. *J Am Coll Nutr.* 1991;10:383-93.
22. James WP, Ralp A, Sanchez-Castillo CP: The dominance of salt in manufactured food in the sodium intake of affluent societies. *Lancet* 1987;1:426-429.
23. Ferrante D, Apro N, Ferreira V, Virgolini M, Aguilar V, Sosa M, et al. Feasibility of salt reduction in processed foods in Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(2):69-75.
24. Datos de la Organización Panamericana de la Salud. [www.paho.org](http://www.paho.org)
25. Datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, 2013. [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)
26. Reducción de la sal alimentaria para mejorar la salud en las Américas: Hoja informativa para los pacientes y los consumidores, Organización Panamericana de la Salud, 2010. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?gid=5094&option=com\\_docman&task=doc\\_details](http://www.paho.org/hq/index.php?gid=5094&option=com_docman&task=doc_details) (Acceso diciembre de 2012)