

MODIFICACIONS DELS ESTILS DE VIDA

El tractament no farmacològic de la HTA es basa en l'aplicació d'una sèrie de modificacions d'estil de vida (MEV) que han demostrat, per si mateixes, reduir la PA: disminució de pes, exercici físic, reducció de la ingesta de sodi i d'alcohol, aportacions de potassi i dieta mediterrània (**taules 1 i 2**).

- Les MEV poden aconseguir reduccions significatives de la PA segons la mesura aplicada (**taula 2**). La seva aplicació és cost-efectiva i potencia l'acció dels fàrmacs antihipertensius.
- L'efectivitat d'aquestes MEV pot ser variable segons les característiques dels pacients i sempre s'han d'**individualitzar i prioritzar** i no aplicar-les totes simultàniament per millorar-ne l'adherència, ja de per si molt baixa en seguiments a llarg termini.
- L'abordatge ha de ser sempre multi factorial
- Cal considerar el perímetre abdominal >102cm (homes) >88cm (dones) com un factor de risc que influeix en el pronòstic cardiovascular.⁽¹⁻²⁾
- La pèrdua de pes i la disminució de la ingesta de sodi, soles o combinades, baixen la PA i poden reduir la necessitat de fàrmacs.⁽³⁾
- L'acompliment de la dieta mediterrània es relaciona clarament amb una reducció de la mortalitat total, de la mortalitat cardiovascular, una menor incidència d'HTA i un millor control d'aquesta en els que ja són hipertensos.

Taula 1

Paper de les modificacions d'estil de vida (MEV) en el tractament de la HTA.

Mesures de major eficàcia per reduir la PA

- Reducció de, com a mínim, 4 Kg de pes si $IMC \geq 25$. És la mesura més efectiva en aquestes condicions. Totes les dietes hipocalòriques condueixen a una pèrdua de pes independentment del macro-nutrient que predomini.⁽⁴⁻⁵⁾
És habitual una major disminució de pes i circumferència abdominal a l'inici del seguiment amb tendència a recuperar part de la pèrdua als seguiments posteriors.
- Reducció de la ingesta de sal a menys de 6 g al dia (2,3 g de sodi).
És la mesura més efectiva en els hipertensos sense sobrepès i sobretot, en els sensibles a la sal.⁽⁶⁾
Es pot conèixer els sal sensibles mitjançant una MAPA. Les dades de la MAPA que s'associen a la sensibilitat a la sal són: $No\ dipper + Fc\ 24h > 70\%$.⁽⁷⁾
En els hipertensos amb un $IMC < 27$ o bé, amb un $IMC > 27$ amb dificultat per disminuir pes i disposats a fer dieta hiposòdica, és raonable determinar la sensibilitat a la sal si es té disponibilitat de practicar una MAPA.⁽⁸⁻⁹⁾
La reducció de la PA és més elevada també en pacients sense tractament farmacològic i en els > 45 anys
La restricció de sodi a la dieta, no tan sols redueix la PA, a llarg termini disminueix el risc de complicacions cardiovasculars.⁽¹⁰⁾
- Activitat física regular, isotònica i aeròbica (caminar a pas ràpid, natació, jòguing, ballar,...) adaptada a les característiques de cada pacient.⁽¹¹⁻¹²⁾
Utilitzar el podòmetre per incrementar l'activitat física aconseguint fer més de 7.500 passos/dia ja que a partir d'aquesta xifra hi ha un benefici cardiovascular i en reducció de la PA.⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾
Intensitat : 60-80% FC màxima.
Mínim 3 sessions per setmana.
Durada : 45' a 60'/dia o bé 90-120'/setmana.
Indicat a:
 - tots els hipertensos graus 1 i 2.
 - en hipertensos grau 3, en hipertensos sense la PA controlada o amb malaltia cardíaca associada cal una valoració especial abans de començar.
- Reducció de la ingesta d'alcohol
 - a < 20 g/dia (2 unitats) 140 gr/setmana en homes
 - a < 10 g/dia (1 unitat) 90 gr/setmana en dones.Al reduir el consum de alcohol s'espera una disminució de la PA i un efecte cardio i neuroprotector.

Altres mesures eficaces per reduir la PA

- Aportacions de potassi:
Preferentment en forma de *dieta rica en fruites i verdures*.
Els suplementes farmacològics de potassi només es recomanaran en casos de deficiència demostrada.
- Dieta Mediterrània:
Consisteix en prendre altes quantitats de fruites, verdures, llegums, cereals integrals, carns de corral, oli d'oliva, fruits secs, peix i làctics desnatats, conjuntament amb la reducció de greixos totals i saturats. Els estudis han demostrat que amb la seva implementació, a llarg termini, s'obtenen beneficis pel que fa a reducció de la morbimortalitat cardiovascular.
La dieta mediterrània hiposòdica permet una reducció addicional de la PA, tot i que el manteniment a mig termini de la reducció de sal es difícil.

Mesures d'eficàcia dubtosa per reduir les xifres de PA

- Tècniques de contenció de l'estrès: bio-retroalimentació, relaxació, meditació.
En aquells pacients amb hipertensió lligada a l'estrès. Tot i que disminueixen la PA la seva aplicació es difícil a la pràctica diària i només han demostrat la seva eficàcia l'aplicació conjunta de bio-retroalimentació i relaxació de forma reglada.
- Suplements de calci, magnesi i oli de peix.
No existeix evidència de la reducció de la PA, administrar només en casos de deficiència

Mesures per reduir el risc cardiovascular

- Supressió de l'hàbit tabàquic: mesura per reduir el risc cardiovascular.

Taula 2 Esquema de les recomanacions sobre MEV en pacients hipertensos.

Recomanacions sistemàtiques

- Supressió total de l'hàbit tabàquic
- Disminució del pes corporal i/o del consum de sal
- Reducció del consum d'alcohol a <20 g/dia en els homes i a <10 g/dia en les dones.
- Exercici físic aeròbic de tipus isotònic, a la intensitat 60-80% FC màxima d'una durada de 45' a 60', mínim 3 dies per setmana. Recomana utilitzar el podòmetre (>7.500 passos/dia).
- Dieta mediterrània: rica en làctics desnatats, peix, fruites, llegums, cereals, fruits secs i verdures (pobre en greixos totals i saturats).

Individualització de les recomanacions dietètiques

- **POBLACIÓ GENERAL HIPERTENSA**

Dieta mediterrània

- **IMC \geq 27:**

Dieta mediterrània hipocalòrica, disminuir, almenys 4 kg de pes.

- **IMC <27 i >45 anys o SOSPITA DE SAL SENSIBILITAT**

Dieta mediterrània hiposòdica disminuint el consum de sal a menys de 6g/dia (cuinant SENSE sal i tolerant-ne un ús molt discret a taula. Evitar tots els aliments preparats amb molta sal: salaons, conserves, embotits i precuinats).

Recomanacions segons subgrups especials

- **Raça:** els pacients d'ètnia negra, a l'ésser més sal-sensibles, es beneficien més de la reducció de la ingesta de sodi (sal comú) i de l'aportació de potassi.
- **Edat:** les persones es tornen mes sensibles a la sal a partir dels 45 anys i, a més edat, major resposta a una dieta hiposòdica. Els suplementes de potassi s'han d'estimular en les persones d'edat avançada, doncs existeix possibilitat de deficiència dietètica o per iatrogènia farmacològica (diürètics).
- **HTA grau 3 o amb HVE:** aquest subgrup de pacients es beneficia especialment de la reducció simultània de la ingesta de sal i de la reducció de pes. Els pacients d'ètnia negra en aquesta situació clínica també es beneficien de l'exercici físic isotònic mantingut.
- **Persones amb malaltia coronària establerta** caminar amb regularitat ja redueix la mortalitat. No és necessari una activitat física important o esportiva.⁽¹⁶⁾
- Les persones que fan **esports de resistència** tenen més risc de desenvolupar una fibril·lació auricular.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Taula 3. Quantificació aproximada de l'impacte de les modificacions dels estils de vida sobre la PA sistòlica (extret del 7è informe del JNC nord-americà)

Modificacions	Disminució de la PAS
Disminució de pes	0,5-2 mmHg / Kg de pes perdut
Dieta DASH (similar a la mediterrània)	8-14 mmHg
Reducció de sal a < 6 g/dia	2-8 mmHg
Activitat física regular aeròbica	4-9 mmHg
Reducció d'alcohol a < 20 g/dia homes	2-4 mmHg

Bibliografia:

- 1-ESH-ESC Guidelines. *J Hypertens* 2007;25: 1105-87.
- 2-Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *JAMA*. 2001; 285: 2486-97.
- 3-Whelton PK, Apple LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH Jr, Kostis JB et al. Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly, TONE. *JAMA* 1998; 279: 839-846.
- 4-Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 2009; 360:859-73.
- 5-Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. *Clinical Guideline Methods, evidence and recommendations*. 2011. Draft for Consultation
- 6-Apple LJ. A Clinical Trial of the effects of dietary patterns on blood pressure DASH Collaborative Research Group. *NEJM* 1997; 33: 1117-1124
- 7-Castiglione P, Parati P, Bambrilla L, Bambrilla V, Gualerzi M, Di Rienzo M et al. Detecting sodium-sensitivity in hypertensive patients: information from 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension*. 2011;57:180-185
- 8- Bihorac A. Association between salt sensitivity and target organ damage in essential hypertension. *Am J Hypertens* 2000;13:864-872
- 9-Sullivan JM. Salt sensitivity. Definition, conception, methodology, and long-term issues. *Hypertension* 1991;17 (Suppl I): 161-168
- 10-Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, 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;334:885-92
- 11-Erikson MK, Franks PW, Eliasson M. A 3 year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: The Swedish Björknäs study. *Plos One* 2009; 4: e5195
- 12-Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503
- 13-Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV. Walking and resting blood pressure in adults: a meta-analysis. *Preventive medicine* 2001, 33; 120-127

14-Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA* 2007; 298: 2296-2304

15-Tudor-Locke C. Steps to Better Cardiovascular Health: How many steps does it take to achieve good health and how confident are we in this number? *Curr Cardiovasc Risk Rep.* 2010; 4: 271-276

16-Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation* 2000;102:1358-1363

17-Mont L, Elosua R, Brugada J. Endurance sport practice as a risk factor for atrial fibrillation and atrial flutter. *Europace* 2009; 11: 11-17.

18-Abdulla J, Nielsen JR. Is the risk of atrial fibrillation higher in athletes than in the general population? A systematic review and meta-analysis. *Europace* 2009; 11: 1156-1159