

¿RESTRICCIÓN DE SODIO EN INSUFICIENCIA CARDIACA AMBULATORIA? ¿INTENSA O MODERADA?

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 10/07/2024

Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

En insuficiencia cardiaca (IC) sintomática con congestión, el exceso de ingesta de sodio empeora los síntomas. Las guías de práctica clínica de IC de la **Sociedad Europea de Cardiología** recomiendan evitar una ingesta de sal superior a 5 gramos/día, y la [American College of Cardiology](#) evitar la ingesta excesiva de sodio para reducir los síntomas congestivos.

La restricción de sal está recomendada para promover una mejor salud cardiovascular. La **American Heart Association** propone reducir la ingesta diaria de sodio a menos de 2,3 gramos/día. Pero **¿está recomendación puede aplicarse a los pacientes con IC ambulatoria?**

La evidencia científica actual es controvertida por su baja calidad, principalmente sustentada en estudios de pequeño tamaño muestral. La cuantificación de la ingesta de sodio de los estudios se basa en cuestionarios con alto riesgo de sesgos, a lo que hay que añadir la falta de conocimiento del paciente sobre el contenido de sodio de muchos alimentos. Entonces, **¿qué evidencia tenemos y qué dice?**

Los estudios observacionales y los metaanálisis sugieren que la restricción intensa de sodio en IC ambulatoria no se asocia a una mejoría en morbimortalidad, incluso podría empeorar el pronóstico. El estudio aleatorizado [SODIUM-HF](#), que evaluó la restricción de sodio en IC

a 1,5 mg/día, concluyó que la restricción de sodio no se asociaba a una reducción del combinado de mortalidad por todas las causas, hospitalización cardiovascular y visitas a urgencias relacionadas con eventos cardiovasculares, pero sí mejoraba la calidad de vida y la clase funcional de la **NYHA**. La irrupción de la **COVID-19** contribuyó a la finalización precoz del estudio (*con un análisis de datos provisional que recomendaba no continuar por falta de eficacia de la terapia en estudio*). Un [metaanálisis](#) de ensayos clínicos aleatorizados publicado en 2023 llegó a las mismas conclusiones, tras analizar 17 ensayos con un total de algo más de 1700 pacientes, pero al contrario que el estudio **SODIUM-HF**, constataron una alta heterogeneidad en los resultados de calidad de vida: 6 estudios mostraron mejoría frente a 4 que no mostraron ningún cambio.

Recientemente [se ha publicado](#) una revisión **narrativa** sobre el papel de la restricción de la ingesta de sodio en IC, disponible en la **European Journal of Clinical Investigation**. Se incluyeron estudios publicados entre el año 2000 y 2023 (*seleccionados a través de PubMed*), la mayoría con un tamaño muestral reducido y con gran heterogeneidad en las intervenciones. La restricción de sodio de los diferentes estudios fue muy variable, en algunos estudios muy restrictiva (*< 800 mg/día*), en otros estudios moderadamente restrictiva (*hasta 3 gramos/día*). En el pool de pacientes había con IC preservada y reducida. Entre los estudios revisados se incluyó el [SODIUM-HF](#). Según la opinión de los responsables de la revisión, la restricción intensa de sodio no aportaría beneficios, salvo alguna mejora sintomática. Lo más probable es que las restricciones moderadas puedan ser beneficiosas en determinados tipos de pacientes, como aquellos con una mayor dificultad en el manejo de los balances iónicos por insuficiencia renal crónica o en aquellos con IC hipertensiva, pero no disponemos de evidencia de los diferentes subgrupos de pacientes.

Aprovechamos para aclarar que las revisiones narrativas no se pueden considerar equivalentes a las sistemáticas. No declaran los métodos utilizados para obtener y seleccionar la información, y se plantean solo para responder a preguntas básicas. Son realizadas por expertos en el tema que se analiza y tienen un elevado riesgo de sesgo, principalmente por su nula metodología y su subjetividad. Por tanto, son revisiones con menor calidad científica.

CONCLUSIÓN

En definitiva, de nuevo individualización. Necesitamos más evidencia científica de calidad para mejorar el conocimiento sobre el papel de la restricción de sodio en nuestros pacientes con IC ambulatoria sintomática. Mientras esperamos, no parece recomendable la restricción intensa de sodio, y tiene más sentido, sobre todo para aliviar los síntomas congestivos, la restricción moderada, aunque no aporte beneficios en morbimortalidad cardiovascular. Ahora bien, no debemos olvidar los problemas de adherencia de las dietas restrictivas en sodio.

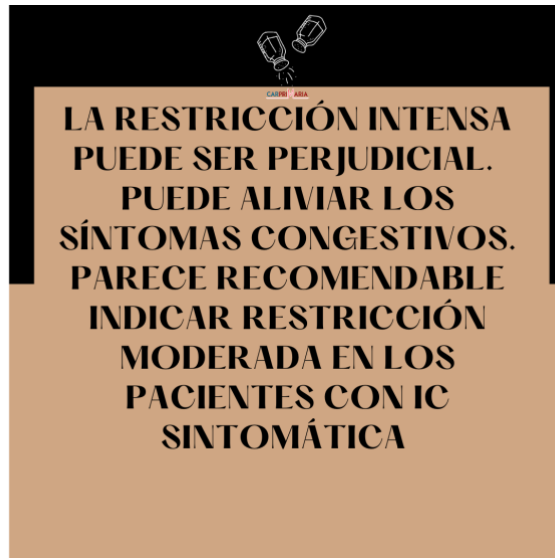


Ilustración 1. Restricción de sodio en IC sintomática. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Eur J Clin Invest. 2024. Jun 26](#)

[Lancet. 2022. Apr 9](#)

[Circ Heart Fail. 2023](#)

[Guías de práctica clínica de IC de la ACC 2022](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

[¡¡Menos sal es más vida!! Estudio con sustitutos de la sal con bajo contenido en sodio](#)

[Los sustitutos de la sal reducen la incidencia de hipertensión arterial](#)

[Guía sobre vida cardiosaludable de la AHA](#)

[Restricción de sodio en IC. No reduce eventos CV, pero mejora calidad de vida](#)

[Novedades de las nuevas guías de IC AHA/ACC/HFSA \(2022\)](#)