

LA RESTRICCIÓN DE SODIO EN IC MEJORA CALIDAD DE VIDA, PERO NO REDUCE EVENTOS CV. ¿O SÍ?

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 04/04/2022

Patología: IC / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 2 minutos

<https://www>



Una reducción de la ingesta de sodio se traduce en una caída tensional de 5.8 mmHg en hipertensos y 1.9 mmHg en normotensos. El estudio **DASH** demostró una relación entre la reducción de sodio en la dieta y la caída tensional. Además, [se ha demostrado](#) que una reducción de la ingesta de sal de 2.5 gramos diarios se asocia a una reducción del 20% de eventos cardiovasculares (CV). Lo que no está claro es si los niveles bajos de sodio en la dieta presentan una relación en J o en U con los eventos CV. Las guías de prevención cardiovascular de la **Sociedad Europea de Cardiología** recomiendan una ingesta de sal inferior a 5 gramos por día, y reconocen que la ingesta ideal sería de unos 3 gramos de sal diarios.

Pero estamos hablando de recomendaciones de ingesta de sal reducida y su relación con eventos cardiovasculares. Pero ¿qué se recomienda en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC)?

En IC se produce la activación de una serie de ejes neurohormonales que conducen a un incremento de la reabsorción de sodio y agua. En base a ello, podríamos pensar que la restricción de sodio sería beneficiosa en pacientes con IC, consiguiendo reducir la sobrecarga hidrosalina y los episodios de descompensación de IC.

En cambio, los estudios no han sido claros y las guías recientes de práctica clínica de IC no mencionan nada relacionado con la restricción de sodio y la IC, por falta de evidencia científica.

El estudio **SODIUM-HF** intentó responder a esta pregunta. Incluyó a 809 pacientes (*mediana de edad 67 años*) con IC en grado funcional II-III de la **NYHA**. El estudio era abierto, aleatorizado y multicéntrico. Los pacientes fueron asignados al azar a dos grupos distintos, uno con restricción de la ingesta de sodio en dieta < 1.5 gramos día, y el otro con las recomendaciones habituales en IC.

El seguimiento fue de 12 meses. El objetivo principal del estudio (*hospitalización/visita a urgencias por eventos CV o la muerte por todas las causas*) no se redujo de forma significativa en el grupo de restricción de sodio (**RR 0.89, IC 95%: 0.63-1.26, P: 0.53**). Tampoco alcanzaron la significación estadística los objetivos del compuesto principal analizados por separado. La prueba de los 6 minutos tampoco alcanzó la significación estadística. En cambio, las medidas de calidad de vida evaluadas por medio del **KCCQ** (*cuestionario de calidad de vida Kansas City*) mostraron un beneficio significativo en el grupo de restricción de sodio. Igualmente, el grupo de restricción de sodio tenía una probabilidad significativamente superior de mejora de su clase funcional. No hubo problemas de seguridad.

La conclusión sería que la reducción de sodio en los pacientes con IC no aporta beneficios a nivel de eventos CV, aunque si mejora la calidad de vida. Pero:

- ¿Es tiempo suficiente un año para evaluar los beneficios CV de la restricción de sodio a < 1,5 gramos? Para responder a esta cuestión, se espera analizar los resultados a los 2 y a los 5 años de seguimiento.
- ¿Es adecuada esa reducción de los niveles de sodio para obtener beneficios CV en IC, o debe ser aún mayor?
- ¿Se midió de forma fiable la restricción de sodio por parte de los pacientes? El sistema utilizado para el control de la ingesta de sodio dependía de los pacientes y puede que no fuera del todo fiable.
- El estudio se vio afectado por la pandemia COVID-19, que obligó a detenerlo de forma temprana.



Ilustración 1. Ingesta de sal e IC.

REFERENCIAS

[The Lancet. April 02. 2022. Abstract](#)

[J Am Coll Cardiol. 2020 Feb 18;75\(6\):632-647](#)

