

2. PREGUNTA CLÍNICA N° 21

4. ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS, DISMINUCIÓN DE SAL, EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO?

6. Fecha de actualización: Abril 2013

7. RESUMEN

8. Introducción.

Se mantiene la recomendación de disminuir la sal en la dieta en los pacientes HTA y sobre todo en población mayor de 45 años (grado A) tras los datos de 2 RS Cochrane del 2004 (1, 2) que confirman una reducción de la presión arterial con la reducción de la ingesta de sal.

Sin embargo, el principal interés es confirmar si tales cambios en la dieta se asocian con mejoras en la mortalidad y los eventos cardiovasculares., dato que las anteriores revisiones no consiguieron demostrar por el número pequeño de eventos encontrado.

En los últimos años, los estudios poblacionales que asocian la ingesta de sodio con la morbimortalidad, han mostrado resultados contradictorios (3, 4) Por otra parte estudios recientes han mostrado un efecto perjudicial de las dietas bajas en sodio(1.8 g/día) en los pacientes con insuficiencia cardíaca establecida (5) y diabetes (6), lo cual cuestiona la conveniencia de la recomendación general de una ingesta reducida de sodio (7)

9. Resumen respuesta en GPCs base.

Las guías base coinciden en la recomendación de disminuir la sal de la dieta. La canadiense especifica la cuantía de ingesta recomendada :1500mg/día en adultos <50 años y 1200mg/día en >70 años

10. Resumen de la evidencia.

Una RS Cochrane del 2011 (8) valora el efecto de la reducción o el consejo sobre reducción de sal en la dieta en adultos >18 años (no embarazadas) del ámbito extrahospitalario con diversos niveles de riesgo cardiovascular (normotensos, hipertensos e IC), en morbimortalidad cardiovascular así como su efecto en las cifras de PA y la excreción urinaria de sodio como indicador del cumplimiento de la restricción de sal.

A pesar de obtenerse resultados significativos en reducción de PA tanto sistólica como diastólica no se evidencia efecto en ninguna de las variables finales de morbimortalidad con calidad de evidencia muy baja

Recientemente se ha publicado dos nuevas RS con metaanálisis: una revisión Cochrane(9) que valora el efecto de la disminución de sal solo en resultados intermedios. La auspiciada por la OMS(10) y que incluye ECAs y estudios observacionales, valora el efecto de variación en la ingesta de sal de al menos unos 2,4gr/día, además de en resultados intermedios (las cifras de presión arterial, cambios en el perfil lipídico, niveles de catecolaminas y función renal), en todas las causas de mortalidad, eventos cardiovasculares, ACVAs, enfermedad coronaria, tanto en adultos con o sin FR concomitantes así como en niños y es la que analizamos

Los resultados intermedios obtenidos a través de ECAs corroboran el efecto beneficioso de la disminución de sal aunque a largo plazo (6 meses) desaparece la significación estadística.

Los resultados en morbimortalidad se analizan a través de 5 ECAs y 15 estudios de cohortes:

La disminución en la ingesta dietética de sal no produce efecto en la enfermedad cardiovascular ni en la mortalidad

total (ECAS) Sin embargo un aumento de la ingesta de sal se relaciona con un aumento de riesgo de ACVA tanto fatal como no fatal así como de enfermedad coronaria fatal (Cohortes)

11. De la evidencia a la recomendación.

Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:

Beneficio moderado en resultados intermedios con calidad moderada y beneficio pequeño-moderado en ACVA y enfermedad coronaria fatal con calidad muy baja.

El seguimiento del paciente de esta recomendación a largo plazo resulta muy costoso y la cuantía de la reducción va disminuyendo con el tiempo(9). La aceptabilidad resulta mayor para objetivos de disminución menores, de unos 2,4gr/día y en el contexto de dietas ricas en frutas y verduras (11)

Algunos estudios coste-efectividad citados en la RS Cochrane (9) concluyen que la estrategia de disminución de sal es tan coste-efectiva como la de control del tabaco

Razonamiento justificación de la recomendación:

Hay datos concordantes sobre el efecto beneficioso de una disminución de la ingesta de sal (un mínimo de 2,4 gr/día) en las cifras de PA al menos en estudios a corto plazo (4 semanas o más) La PA es un gran predictor de ECV. Los estudios de cohortes en población general atribuyen a la menor ingesta de sal beneficios significativos sobre todo en ACVAs.

Recomendación:

Se recomienda en el paciente hipertenso disminuir la ingesta de sal al menos en unos 2,4gr/día:

Consumir alimentos pobres en sal (frescos, congelados) y reducir los ricos en sal como(embutidos, salazones, conservas, preparados y precocinados).

No utilizar sal en la cocción y elaboración de los alimentos

Consideraciones para la implementación:

Las recomendaciones individuales deberían acompañarse de políticas que impliquen al sector agrolimentario en la consecución de los objetivos

Factibilidad:

La aceptabilidad resulta mayor para objetivos menores de disminución de sal

Evaluación y prioridades para la investigación:

Se requieren estudios de mayor calidad que refrenden el efecto beneficioso de la disminución de la ingesta en resultados de morbilidad

12. Bibliografía.

Título de la GPC. N° de Pregunta.

1. Jurgens G, Graudal NA. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterols, and triglyceride. *CochraneDatabaseSystRev*. 2004(1):CD004022.
2. He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *CochraneDatabaseSystRev*. 2004(3):CD004937.
3. Alderman MH. Reducing dietary sodium: the case for caution. *Jama*. 2010;303(5):448-9.
4. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *Bmj*. 2009;339:b4567.
5. Dinicolantonio JJ, Pasquale PD, Taylor RS, Hackam DG. Low sodium versus normal sodium diets in systolic heart failure: systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2013.
6. Ekinci EI, Clarke S, Thomas MC, Moran JL, Cheong K, MacIsaac RJ, et al. Dietary salt intake and mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(3):703-9.
7. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(11):Cd004022.
8. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(7):Cd009217.
9. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2013;346:f1325.
10. Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2013;346:f1326.
11. Karanja N, Lancaster KJ, Vollmer WM, Lin PH, Most MM, Ard JD, et al. Acceptability of sodium-reduced research diets, including the Dietary Approaches. *J Am Diet Assoc*. 2007;107(9):1530-8.