



Artículos recientes

[SEH](#) > Artículos recientes

[Actividades](#)

[Formación](#)

[Bibliografía](#)

[Monitorización](#)

[Becas](#)

[Socios](#)

[Pacientes](#)



Sección actualizada con periodicidad mensual, en la que los Drs. Pedro Armario, Mariano de la Figuera y Rafael Marín resumen y comentan los artículos, relacionados con la hipertensión y de mayor interés en Atención Primaria, publicados en revistas de gran impacto.

En la relación, pulsando sobre el título se presenta el resumen, comentario y cita correspondiente.

Relación de artículos

- [Efectos de la dieta baja en sodio sobre la presión arterial en sujetos con hipertensión arterial resistente. Resultados de un ensayo clínico con asignación aleatoria.](#)
- [Meta-análisis sobre prevención primaria con estatinas.](#)
- [El bloqueo del SRA no es efectivo en la prevención primaria de la nefropatía diabética](#)
- [Riesgo de hipertensión sostenida a largo plazo en la hipertensión de bata blanca o hipertensión enmascarada](#)
- [Meta-análisis sobre el uso de fármacos antihipertensivos en prevención cardiovascular](#)
- [Utilidad del stent en el tratamiento de la estenosis de arteria renal de origen aterosclerótico. Estudio STAR.](#)

[1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#) [8](#) [9](#) [10](#) ...

143 Artículos organizados en 24 páginas

Efectos de la dieta baja en sodio sobre la presión arterial en sujetos con hipertensión arterial resistente. Resultados de un ensayo clínico con asignación aleatoria.

Comentado por el Dr. Pedro Armario 08/09/2009

RESUMEN:

Los estudios de observación indican que existe una relación entre la ingesta de sodio y el nivel de presión arterial. Sin embargo, no se conoce el papel de la sensibilidad a la sal en el desarrollo de la hipertensión arterial resistente. El presente estudio examinó los efectos de la restricción de sal en la dieta sobre la presión arterial ambulatoria-24 horas, en sujetos con hipertensión arterial resistente. Doce sujetos con hipertensión resistente fueron incluidos en un estudio de asignación aleatoria, cruzado, para la evaluación de dieta baja en sodio (50 mmol/24 horas x 7 días) y dieta alta en sodio (250 mmol/24 horas x 7 días, separados por un periodo de lavado de 2 semanas. Se compararon los valores entre ambos periodos de los siguientes parámetros: péptido natriurético cerebral, actividad de renina plasmática, aldosterona, sodio y potasio en orina de 24 horas, monitorización ambulatoria de la presión arterial: velocidad aórtica de la onda del pulso, y el índice de aumento. A nivel basal, los sujetos estaban tratados con una media de $3,4 \pm 0,5$ fármacos antihipertensivos, con una presión arterial clínica de $145,8 \pm 10,8/83,9 \pm 11,2$ mm Hg. La excreción media urinaria de sodio fue de $46,1 \pm 26,8$ frente a $252,2 \pm 64,6$ mmol/24 horas durante la ingesta baja y elevada de sal, respectivamente. Cuando se compararon los periodos de baja y elevada ingesta de sal, la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica fue de 22,7 y 9,1 mm Hg. La actividad de renina plasmática se incrementó, mientras que el péptido natriurético cerebral y el aclaramiento de creatinina disminuyeron durante la ingesta baja de sal, como indicador de la reducción del volumen intravascular. Estos resultados indican que la ingesta de una dieta elevada de sal contribuye de forma importante a la resistencia al tratamiento antihipertensivo. Estrategias que reduzcan de forma sustancial la ingesta de sal deben formar parte del tratamiento global de la hipertensión arterial resistente.

COMENTARIO:

La prevalencia de HTA refractaria o resistente, es decir la falta de control de la misma, a pesar del uso de al menos 3 fármacos antihipertensivos (uno de ellos diurético) es frecuente en la práctica clínica. Su prevalencia no es conocida; en los ensayos clínicos se ha observado una prevalencia del 20 al 30%, aunque probablemente esté sobreestimada, pero es muy probable que en hipertensos no seleccionados sea aproximadamente del 10%. Afortunadamente el interés científico por este tema ha resurgido en los últimos pocos años, y el grupo que ha realizado este excelente estudio aquí comentado es sin duda uno de los grupos punteros.

Diversos trabajos previos han resaltado la importancia de utilizar un plan terapéutico antihipertensivo adecuado, con la inclusión siempre del diurético, en general las tiazidas excepto en casos de insuficiencia renal avanzada, con filtrado glomerular estimado por debajo de 30-40 ml/min/1,73 m², en los que se requiere un diurético de asa. También es importante resaltar que las dosis de tiazidas utilizadas han de ser 25 mg de hidroclorotiazida o las equivalentes en otros diuréticos, siendo la dosis de 12.5 mg en general insuficiente, antes de etiquetar a estos sujetos de hipertensión refractaria o resistente.

Este trabajo ha observado una importante reducción de la presión arterial sistólica y diastólica: 22,7 y 9,1 mm Hg, respectivamente, cuando se compararon los periodos de baja o elevada ingesta de sal. Es necesario resaltar que durante el periodo de mayor ingesta de sal, la excreción urinaria de sodio de 24 horas ($252,2 \pm 64,6$ mmol) indicaba que la ingesta de sal fue muy elevada, pero es lo que se observa con frecuencia en la práctica clínica en muchos hipertensos mal controlados. Por el contrario la excreción urinaria de sodio observada durante el periodo con dieta baja en sal ($46,1 \pm 26,8$) es mayor de lo conseguido habitualmente en la clínica, en pacientes cumplidores. Otra limitación de este trabajo es el pequeño número de pacientes estudiados (n=12), por lo que estos resultados deberán ser reproducidos en otros estudios. Mi opinión personal es que los resultados irían en el mismo sentido, pero faltaría saber si la reducción de la presión observada es tan importante como la observada en este trabajo. Como punto fuerte de este ensayo, hay que resaltar el excelente diseño y la determinación de distintos parámetros (péptido natriurético cerebral, actividad de renina plasmática, aldosterona) que confirman la reducción o expansión de volumen observada durante la ingesta baja o elevada de sal, respectivamente.

Los resultados aquí observados se produjeron a pesar de que las dosis de tiazidas utilizadas fueron de 25 mg, y de que los pacientes con filtrado glomerular estimado por debajo de 60 ml/min/1,73 m², fueron excluidos. Por supuesto que es necesario encontrar nuevos planes terapéuticos y nuevas técnicas para el control de los verdaderos hipertensos refractarios, pero hay que hacer un especial énfasis en asegurarnos antes de que exista un correcto cumplimiento de la medicación antihipertensiva y de los necesarios cambios en el estilo de vida.

Cita original:

Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia LJ, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension, Results from a randomized trial. Hypertension 2009;54:475-81

(c) SEH-LELHA

