

Cartas al Director

La restricción de sal a los cirróticos españoles es demasiado rigurosa

Palabras clave: Ascitis. Restricción de sodio. Cirrosis.

Key words: Ascites. Sodium restriction. Cirrhosis.

Sr. Director:

Uno de los pilares esenciales para el tratamiento de la ascitis del paciente cirrótico es la restricción de sodio (1). Sumado al tratamiento diurético, es práctica habitual entre los especialistas en Aparato Digestivo restringir la ingesta de este elemento, en forma de restricción del consumo de sal. Los pacientes cirróticos reconocen que, después del abandono de hábitos de consumo como el etílico, este es uno de los aspectos del tratamiento más difíciles de cumplir y que más esfuerzo implica. Incluso, si se les diese oportunidad de elegir, algunos preferirían tomar más medicación antes que restringir tan severamente la ingesta de sal (1). Pero ¿en qué medida hay que limitarla? ¿Qué cantidad de sal puede tomar un paciente cirrótico con ascitis? Dado que la excreción por vía no renal de sodio es de 10 mmol/día, y que el objetivo del tratamiento diurético es la excreción de 78 mmol/día, la ingesta de sodio debe ser siempre inferior a 88 mmol diarios (1), es decir, aproximadamente unos 90 mmol/diarios que traducidos a gramos hacen unos 2 g de sodio diarios (1), como se reconoce reiteradamente en la literatura internacional. Pero el paciente necesita conocer la cantidad de sal que ha de tomar, y he aquí que en las recomendaciones de la literatura española uno puede encontrar que se limita esta cantidad a 1-2 g de sal al día (2). Sin embargo, teniendo en cuenta operaciones de química elemental, sabiendo que la sal de mesa está compuesta en su mayor parte por cloruro sódico y que el peso molecular del sodio es 22,99, siendo el del cloro 35,45, dos gramos de sodio, es decir 90 mEq de sodio o 90 mmol de

sodio están comprendidos en aproximadamente 5 g de cloruro sódico o sal común, y es esta la cantidad límite que podrían tomar nuestros pacientes. Podría pensarse que es el interés por una dieta más restrictiva lo que mueve los consejos dados a los pacientes, pues se reconoce que una dieta con menos sodio permite una mayor eliminación de líquido ascítico (1), pero en un documento de consenso nacional avalado por la AEEH puede leerse literalmente: "...se recomienda restringir la ingesta de sodio en la dieta a 50-90 mEq/día (1-2 g de cloruro de sodio/día, aproximadamente)" (3). Por ello, y por un error en una elemental transformación química, los cirróticos españoles son sometidos a una restricción de sal doblemente rigurosa a la que la evidencia científica señala. Probablemente, y dado que esta práctica ha sido extensamente aplicada en España, cabría plantearse si este rigor en la restricción de sodio ha mejorado la supervivencia y el control de la ascitis de nuestros pacientes. Evidentemente, y dado que está sustentada en un error de conceptos químicos elementales, urge corregir las recomendaciones publicadas por hepatólogos de prestigio y ofrecidas bajo el sello de sociedades científicas nacionales a los pacientes de una forma errónea. Es sabido que el cumplimiento terapéutico mejora cuando el esfuerzo del paciente es menor. Este esfuerzo debería estar sustentado siempre en una evidencia firme, para así mejorar la calidad de vida ya de por sí precaria de estos pacientes.

E. Redondo Cerezo y A. Godino García

*Sección de Aparato Digestivo.
Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca*

Bibliografía

1. Runyon BA. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology* 2004; 39: 1-16.
2. Valer P, Ruiz del Árbol L. Ascitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 9: 667.
3. Ginès P, Cabrera J, Guevara M, Morillas R, Ruiz del Árbol L, Soriano G. Documento de consenso sobre el tratamiento de la ascitis, la hiponatremia dilucional y el síndrome hepatorenal en la cirrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 535-44.