

NUEVOS DATOS SOBRE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS SUSTITUTOS DE LA SAL CON UN 25% DE CLORURO POTÁSICO

Autor: Marcos García Aguado (Médico cardiólogo del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 27/03/2025

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Actualización

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.*

“La ingesta de sodio se asocia a aumento de presión arterial, lo que se asocia a aumento de enfermedades cardiovasculares, cáncer gástrico, obesidad, osteoporosis y enfermedad renal, entre otras. Se estima que 1,89 millones de muerte al año se asocian al consumo excesivo de sodio. Reducir la ingesta de sodio es una de las medidas más rentables para reducir las enfermedades no transmisibles y mejorar la salud. Según la OMS, por cada dólar invertido, habrá un retorno de 12”

La ingesta de sal se relaciona con el desarrollo de hipertensión arterial (HTA) y dificulta la consecución de objetivos tensionales del paciente hipertenso. Sabemos que la reducción de ingesta de sodio se traduce en caídas promedio de la tensión arterial de 5,8 mmHg en hipertensos y 1,9 mmHg en normotensos. Pero el principal problema no está en el sal de mes, puesto que el 70% del sodio que ingerimos en la dieta procede de alimentos envasados y preparados. Por tanto, no todo es prevenir educando en los periodos infantojuveniles para evitar añadir sal a nuestros alimentos de forma voluntaria, sino también presionar mediante políticas gubernamentales a la industria alimenticia para reducir la sal añadida a los alimentos preparados.

Una opción es **sustituir** la sal por una alternativa más sana que permita reducir el porcentaje de cloruro sódico y, por tanto, la ingesta total en la dieta, en vez de plantear una restricción sin sustitución. Este es el caso de los [sustitutos de sal](#), que incluyen una combinación de cloruro de potasio y saborizantes con un porcentaje menor de cloruro sódico.

EVIDENCIA RECIENTE SOBRE LOS SUSTITUTOS DE LA SAL

En [2023 se publicó el estudio DECIDE-Salt](#), que incluyó 1612 participantes (*desbalanceada proporción de hombres y mujeres, solo 382 participantes eran mujeres*) de ≥ 55 años. Se evaluaban dos estrategias diferentes que se comparaban con la no restricción de sal: reemplazar la sal con un sustituto o restringir la sal de la dieta.

La estrategia de sustitución se asoció a una significativa reducción de la presión arterial sistólica y diastólica de 7,1 y 1,9 mmHg respectivamente, en comparación con la no restricción de sal. En cambio, la estrategia de restricción progresiva de sal no tuvo impacto en la presión arterial en comparación con la no restricción y con la estrategia de sustitución.

En base a ello, se podría recomendar el sustituto de la sal en vez de la restricción, que probablemente se asocie a una mejor adherencia terapéutica. Además, la ingesta de potasio parece asociarse a beneficios directos en la presión arterial y en el riesgo de accidente cerebrovascular, pero debemos tener precaución con el riesgo de hiperpotasemia, por tanto, individualizar cada caso.

[Se publicó](#) un análisis generador de hipótesis (*post-hoc*) del **DECIDE-Salt** que incluyó 609 pacientes con una edad media de 71 años, siendo hombres el 74% del total. Estos pacientes eran normotensos al inicio del estudio y se asignaron al grupo de ingesta normal de sal y al de sustitutos de la sal. Esta última estrategia se relacionó con una reducción de la incidencia de HTA sin aumento de episodios de hipotensión a los 2 años de seguimiento. **La RR fue de 0,60; IC 95%: 0,39-0,92; P=0,02.** El grupo con ingesta normal de sal experimentó un aumento significativo de la presión arterial.

NUEVA EVIDENCIA

A partir de un análisis preespecificado del ensayo **SSaSSS (Estudio de Sustituto de la Sal y el Accidentes Cerebrovascular)** se [han publicado](#) nuevos datos relacionados con el tratamiento con sustitutos de la sal (*un combinado de 25% de cloruro potásico y 75% de cloruro sódico*) y su impacto en los eventos cerebrovasculares y la muerte.

Se incluyeron un total de 15.249 pacientes chinos con accidente cerebrovascular. 7703 formaron parte del brazo con sustituto de la sal y 7546 en el de toma regular de sal. El 54% eran hombres y la edad media fue de 64 años. Los pacientes que utilizaron un sustituto de la sal presentaron una reducción de accidente cerebrovascular recurrente del 14% (*IC 95%*

=,77-0,95, $P=0,005$). Las reducciones mayores se observaron en el caso de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. Los resultados fueron consistentes entre subgrupos. El riesgo de hiperpotasemia no fue significativo. Una de las principales limitaciones del estudio: que era abierto y no estaba enmascarado.

CONCLUSIÓN

Sabemos que la ingesta baja en sodio reduce de forma [temprana](#) y significativa la tensión arterial y reduce el riesgo de desarrollo de HTA. Es por ello por lo que los diferentes documentos para una vida cardiosaludable de diversas sociedades científicas insisten en la reducción de ingesta de sal (*inferior a 5 gramos diarios -menos de una cucharadita diaria- preferible por debajo de 3 gramos diarios, según las recomendaciones de la **Sociedad Europea de Cardiología y la OMS, siendo más estrictos en las Sociedades Americanas***) y proponen la utilización de sales bajas en sodio enriquecidas con potasio, como sustitutas de la sal común. En el mes de febrero de 2025, la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) publicaba nuevas recomendaciones de ingesta de sal, fomentando la restricción a menos de 5 gramos diarios y utilizar como sal de mesa los preparados bajos en sodio sustituyendo parte por potasio. Según estas recomendaciones casi todas las poblaciones tienen una ingesta excesiva de sal, con un promedio global en adultos de 4310 mg/día de sodio, es decir, unos 10,78 gramos día de sal, más del doble del límite recomendado.

La [estrategia de sustitutos de sal común](#) probablemente favorezca la adherencia y reduzca de forma más intensa la tensión arterial, en parte por la restricción de cloruro sódico, pero también por un posible efecto directo del potasio. Por tanto, los sustitutos se convierten en la opción preferible para alcanzar los objetivos tensionales del hipertenso y reducir la incidencia de HTA. Además, la combinación de 25% de cloruro potásico y 75% de cloruro sódico parece reducir los accidentes cerebrovasculares y no se asocia a un aumento de complicaciones relacionadas con hiperpotasemia, aunque siempre deberemos realizar una observación estrecha en los pacientes con insuficiencia renal más avanzada o tomadores de fármacos ahorradores de potasio.

Mientras esperamos que se implementen medidas educativas en las escuelas para formar en hábitos de vida cardiosaludables, incluida la restricción de sal, y a que políticas gubernamentales discutidas con la industria alimentaria reduzcan la sal de los alimentos preparados, podemos fomentar el uso de sustitutos de sal (25% potásico/75% sódico) por su eficacia y seguridad.



Ilustración 1. Recomendaciones OMS. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[JAMA February 5, 2025](#)

[Nota de prensa sobre restricción de sodio por la Organización Mundial de la Salud. 7 de febrero de 2025](#)

[Nat Med. 2023](#)

[J Am Coll Cardiol. 2024](#)