

**Tabla 1** Porcentaje de registro de factores de riesgo cardiovascular en los dos grupos de sujetos

	Psicosis (n = 741)	Dislipemia (n = 3.037)
Presión arterial*	38,1%	50,1%
Glucemia*	19,6%	34,1%
Triglicéridos*	18,6%	40,9%
Colesterol HDL*	14,3%	39,9%
Colesterol total*	23,5%	45,0%
Perímetro abdominal*	6,1%	1,5%
Índice de masa corporal	27,0%	25,0%
Riesgo cardiovascular*	7,2%	27,9%
Hábito tabáquico*	56,0%	66,9%

\*  $p < 0,001$ .

entre AP y especializada permitirá una adecuada evaluación física del paciente psicótico. A partir de aquí, se plantea aplicar programas implementados en el ámbito de la AP, en los pacientes con esquizofrenia con objetivo de valorar si la intervención sobre hábitos y dieta permite regular las cifras como en la población general.

## Bibliografía

1. Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, García-García M, Rejas J, CLAMORS Study Collaborative Group. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res.* 2008;104:1–12.
2. Jennex A, Gardner DM. Monitoring and management of metabolic risk factors in outpatients taking antipsychotic drugs: a controlled study. *Can J Psychiatry.* 2008;53:34–42.
3. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, Farooqi A, Gadsby R, Heald A, et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizoph-

renia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol.* 2007;21:357.

4. Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR, Hancock E, Taylor DM. UK Prescribing Observatory for Mental Health. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophr Bull.* 2007;33:1397–403.
5. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res.* 2005;80:19–32.
6. Coca MM, Hernanz P, Vega M, Suárez C. Prevalencia de síndrome metabólico en la población de un centro de atención primaria urbano. *Aten Primaria.* 2005;35:436–7.

Lydia Viñas<sup>a</sup>, Maribel Fernández<sup>b</sup>, Luisa San Emeterio<sup>c</sup>, Luis M. Martín-López<sup>d,\*</sup> y Grup Psicosis Litoral<sup>e</sup>

<sup>a</sup> *Equipo Atención Primaria Pueblo Nuevo, SAP Litoral Instituto Catalán de la Salud (ICS), Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Servicio Atención Primaria Litoral Barcelona, SAP Litoral Instituto Catalán de la Salud (ICS), Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Centro Salud Mental Sant Martín Norte, Línea Primaria INAD-Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

<sup>d</sup> *Instituto Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) Parc de Salut Mar, Línea Primaria Salut Mental, Barcelona, España*

<sup>e</sup> *M. Mar Ballester Torrens, Alberto Barroso García, Iñaki Castro Rodríguez, Ramón Ciurana Misol, Jordi Coletas Juanico, Belén Díaz Múgica, Enrike Iluldain Ayala, Roser Masa Font, Jaume Martín Royo, Julita Morro Plà, Jose Manuel Valencia Dacal y Rosa Sanchis Catalan*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 94779@parcdesalutmar.cat (L.M. Martín-López).

doi:10.1016/j.aprim.2010.04.021

## Medicamentos desaconsejados en pacientes con dieta hiposódica

### Drugs contraindicated in patients on a low sodium diet

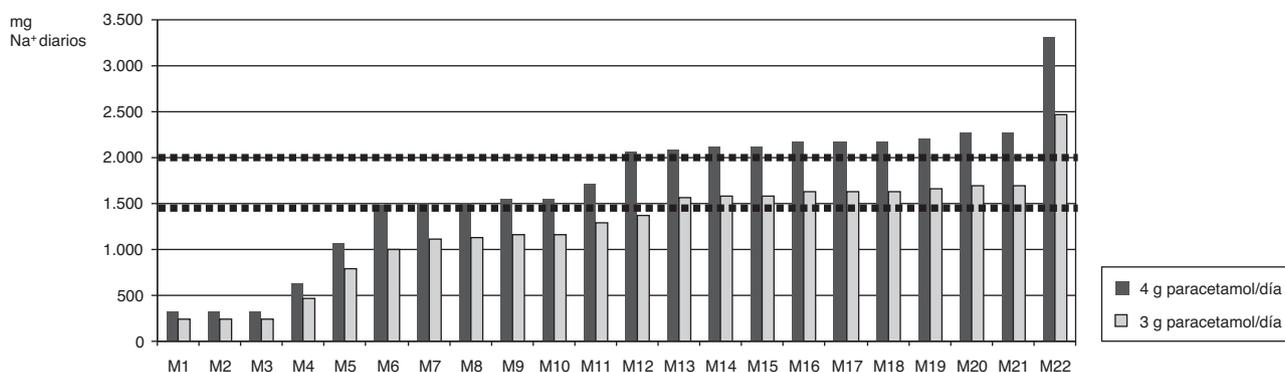
Sr Director:

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> estima que aproximadamente el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la enfermedad isquémica cardíaca es atribuible a la hipertensión arterial (HTA). Existe evidencia de que el consumo elevado de sal se asocia a un mayor riesgo de padecer HTA, por lo que la OMS recomienda en adultos sanos un consumo diario de sodio inferior a 2 g (equivalentes a 5 g de sal común)<sup>2</sup>.

Es importante señalar que la mayor parte de los ensayos clínicos que relacionan reducción de sodio en la dieta y enfermedad cardiovascular están diseñados con variables

subrogadas (reducción de la tensión arterial), y que los estudios publicados con variables duras (morbilidad y mortalidad cardiovascular) son casi en su totalidad observacionales<sup>3,4</sup>. Por esta razón, hay autores que recomiendan prudencia en la interpretación de los resultados, e incluso algunos defienden una curva "J" en la relación "ingesta diaria de sodio-enfermedad cardiovascular"<sup>3</sup>.

Algunos medicamentos, especialmente los efervescentes, contienen importantes cantidades de sodio que contribuyen a incrementar su ingesta, incluso hasta superar la dosis diaria recomendada<sup>5</sup>. La figura 1 representa, a modo de ejemplo, el aporte de sodio diario de las distintas marcas comerciales de paracetamol efervescente en España, en función de la posología. Considerando 4 g la dosis máxima diaria de paracetamol (de acuerdo con las fichas técnicas y/o prospectos autorizados), el 50% de las marcas supera los 2 g de sodio diarios recomendados como techo para población sana y más del 70% de las marcas supera el aporte de 1,5 g de sodio considerado por expertos como dosis máxima diaria en población con HTA. Al hacer el cál-



**Figura 1** Aporte de sodio diario de las diferentes marcas comerciales de paracetamol efervescente (M1-M22) de acuerdo con su posología diaria (4 g ó 3 g diarios). Se consideran como puntos de corte la ingesta de sodio diaria recomendada como máximo en población sana (2.000 mg) y población con hipertensión (1.500 mg).

culo para una dosis diaria de paracetamol de 3 g (equivalente a su Dosis Diaria Definida [DDD] de acuerdo con la OMS<sup>6</sup> y, seguramente, la dosis más habitual en la práctica clínica), sólo una marca comercial aporta más de 2 g de sodio diarios, pero en el 45% de las marcas se superan los 1,5 g de sodio.

En más del 80% de las marcas, y para cualquier posología habitual de paracetamol (3 ó 4 g diarios), el aporte diario de sodio es superior a 500 mg (equivalente al 50% de la ingesta diaria de sodio permitida en una dieta hiposódica estricta). En pacientes con restricción de sodio, las formas farmacéuticas orales sólidas más seguras son las no efervescentes (comprimidos, cápsulas, sobres con polvo o granulado), puesto que no suelen llevar sodio en grandes cantidades. Cabe señalar, que en algunos medicamentos efervescentes, y de forma excepcional (actualmente, sólo dos marcas comercializadas en España), la reacción de efervescencia implica a carbonatos o bicarbonatos de metales diferentes al sodio (como el potasio o el calcio) y, en consecuencia, su aporte de sodio es prácticamente inexistente<sup>5</sup>.

En resumen, los medicamentos efervescentes contienen, en su mayoría, cantidades significativas de sodio, y sólo con su ingesta, se puede llegar a superar los límites diarios recomendados, resultando contradictorio seguir una dieta hiposódica y, a la vez, incorporar el sodio innecesariamente con los medicamentos. Desde nuestro punto de vista, restringir el consumo de medicamentos efervescentes en la población con HTA contribuiría, además, a un uso racional de los medicamentos antihipertensivos, incrementando su efectividad y eficiencia.

## Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Jesús Combarro su apoyo constante y contribución a la redacción de este trabajo, así como a los Dres. Carmen Murias, Consuelo Naya, María Terceiro, Margarita Tovar y Juan Carlos Álvarez por sus valiosos comentarios a versiones anteriores de este texto.

## Bibliografía

1. Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 October 2006, Paris, France. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
3. Alderman MH. Reducing dietary sodium: the case for caution. *JAMA*. 2010;303:448–9.
4. Appel LJ, Anderson CAM. Compelling Evidence for Public Health Action to Reduce Salt Intake. *N Engl J Med*. 2010, doi:10.1056/NEJMe0910352.
5. Sastre Gervás I, Fernández-Llimós F, Castro Couto F. Sal, riesgo cardiovascular y medicamentos desaconsejados en dietas hiposódicas. *Farmacéuticos de Atención Primaria*. 2009;7: 75–83.
6. Norwegian Institute of Public Health. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. [acceso 3 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

Fidel Castro Couto<sup>a,\*</sup> e Isabel Sastre Gervás<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Licenciado en Medicina, Médico Interno Residente de Tercer Año de Medicina de Familia y Comunitaria, Servizo Galego de Saúde, Centro de Salud de Culleredo, La Coruña, España

<sup>b</sup> Doctora en Farmacia, Especialista en Farmacia Hospitalaria, Farmacéutica de Atención Primaria, Servizo Galego de Saúde, Centro de Salud de Culleredo, La Coruña, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [Fidel.Castro.Couto@sergas.es](mailto:Fidel.Castro.Couto@sergas.es)  
(F. Castro Couto).

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.010