

# Qual é a viabilidade da implementação de estratégias eficazes de redução de sódio no tratamento da hipertensão em cuidados primários? Uma revisão sistemática

*What is the feasibility of implementing effective sodium reduction strategies to treat hypertension in primary care settings? A systematic review*

Marcel Ruzicka, Swapnil Hiremath, Sabine Steiner, Eftyhia Helis, Agnieszka Szczotka, Penelope Baker, George Fodor

Comentário: Thiago Veiga Jardim<sup>1</sup>

## DESCRIÇÃO DO ESTUDO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco modificável para eventos cardiovasculares mais importante, sobretudo, para o acidente vascular cerebral.<sup>1,2</sup> A relação entre consumo de sódio e a elevação da pressão arterial sistólica com o avançar da idade já foi bem estabelecida.<sup>3</sup> Além disso, a redução do consumo de sal tem o potencial de prevenir ou retardar o aparecimento de HAS, bem como de melhorar o controle da pressão arterial (PA) de hipertensos.<sup>4-6</sup> Apesar das diretrizes internacionais de tratamento dos pacientes hipertensos recomendarem a dieta *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) para se atingir os valores considerados ideais de consumo de sal, algoritmos específicos de como se atingir estes valores não existem.<sup>7-9</sup>

Com o objetivo de avaliar se métodos de aconselhamento de restrição de sódio podem ser incorporados com sucesso em serviços de atendimento primários aos pacientes hipertensos, o presente estudo foi conduzido. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que identificou estudos randomizados controlados de aconselhamento dietético sobre redução de consumo de sal. Redução esta documentada por diminuição significativa na taxa de excreção de sódio urinário em 24h, e em valores de pressão arterial em hipertensos não tratados. De um número inicial de 2.611 artigos, após criteriosa seleção, seis foram considerados para o estudo.

Os seis estudos foram eficazes em reduzir o consumo de sódio com reduções nas taxas de excreção de sódio urinário em 24h, variando de 73 a 93 mmol/dia nos grupos de intervenção *versus* 3,2 a 12,5 mmol/dia nos grupos controle. Esta variável foi associada com uma redução da pressão arterial de 4 a 27 mmHg entre os grupos. Em quatro destes seis estudos, os métodos de aconselhamento foram descritos com detalhes suficientes para serem

reproduzidos. Apesar destes bons resultados e da possibilidade de reproduzir a metodologia empregada, a implementação dos métodos de aconselhamento não foi considerada viável em serviços de atendimento primário em países como Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido. Isto porque, além das várias sessões de aconselhamento, as intervenções estudadas eram suplementadas com alimentos previamente preparados, aulas de culinária comunitárias e treinamento intensivo dos pacientes.

## REFERÊNCIA

Ruzicka M, Hiremath S, Steiner S, et al. What is the feasibility of implementing effective sodium reduction strategies to treat hypertension in primary care settings? A systematic review. *J Hypertens*. 2014;32(7):1388-94.

## COMENTÁRIO

O consumo de sódio acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde, que estabelece um máximo de 2 g/dia, foi responsável por 1,65 milhões de mortes por causas cardiovasculares no ano de 2010.<sup>10</sup> A redução deste consumo na população mundial é um grande desafio e, apesar de haver uma recomendação quase consensual entre as diretrizes internacionais de manejo da HAS de que a dieta DASH é o caminho mais adequado para se atingir este fim, não há uma forma simples de implementá-la. Pelo contrário, os estudos de intervenção que mostram benefícios na redução do sódio utilizam métodos de pouca abrangência, devido a necessidade de grande número de profissionais e de recursos. Assim, torna-se praticamente inviável fazer com que a redução do consumo de sal seja seguida em larga escala. Há uma necessidade de se desenvolver formas mais abrangentes de reduzir o consumo de sódio da população, e que sejam viáveis de serem seguidas em serviços de atenção primária à saúde.

## LEITURAS RECOMENDADAS

1. Stokes J 3rd, Kannel WB, Wolf PA, D'Agostino RB, Cupples LA. Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease. The Framingham study: 30 years of follow-up. *Hypertension*. 1989;13(5 Suppl):113-8.
2. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010;376(9735):112-23.
3. Stamler J, Rose G, Stamler R, Elliot G, Dyet R, Marmot M. INTERSALT study findings. Public health and medical care implications. *Hypertension*. 1989;14(5):570-7.
4. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane Review). *Am J Hypertens*. 2011;24(8):843-53.
5. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of long-term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMJ*. 2013;346:f1325.
6. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jürgens G. Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens*. 2012;25(1):1-15.
7. Hackam DG, Quinn RR, Ravani P, et al. The 2013 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol*. 2013;29(5):528-42.
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(6):2560-72.
9. National Clinical Guideline Centre (NCGC). Hypertension: the clinical management of primary hypertension in adults. Clinical Guideline 127. Methods, evidence and recommendations. London: National Clinical Guideline Centre; 2011.
10. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014;371(7):624-34