

## Investigação Clínico-Laboratorial & Decisão Terapêutica

A investigação clínico-laboratorial objetiva estabelecer as condições explicitadas na tabela 1.

**Tabela 1 – Objetivos da investigação clínico-laboratorial**

- Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico.
- Avaliar lesões de órgãos-alvo.
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Diagnosticar doenças associadas à hipertensão.
- Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, são fundamentais:

- história clínica, considerando, em especial, o que consta da tabela 2;
- exame físico (tabela 3);
- avaliação laboratorial inicial do hipertenso (tabela 4)<sup>1</sup>.

A avaliação complementar (tabela 5) está indicada em pacientes que apresentam elementos indicativos de hipertensão secundária (tabela 6), de lesão em órgãos-alvo ou doenças associadas, que devem ser investigadas por métodos específicos<sup>2</sup>.

**Tabela 2 – Dados relevantes da história clínica dirigida ao paciente hipertenso**

- Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
- História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; insuficiência vascular de extremidades; doença renal; diabetes melito; indícios de hipertensão secundária (tabela 6).
- Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica.
- História atual ou progressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.
- História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
- Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e caféina.
- Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento.
- Atividade física.

**Tabela 3 – Dados relevantes do exame físico dirigido ao paciente hipertenso**

- Obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal.
- Inspeção: fâcies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária (tabela 6).
- Sinais vitais: medida da PA e frequência cardíaca (tabela 1 – cap. 2).
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide.
- Exame do precórdio: *ictus* sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo; arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncocalos e sibilos.
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.
- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coarctação da aorta.
- Avaliação de eventual edema.
- Exame neurológico sumário.
- Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

**Tabela 4 – Avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso**

- Análise de urina (D).
- Dosagens de potássio e creatinina (D).
- Glicemia de jejum (D).
- Colesterol total, LDL\*, HDL, triglicérides (D).
- Eletrocardiograma convencional (D).

\* Pode-se calcular o LDL-colesterol, quando a dosagem de triglicérides for abaixo de 400 mg/dl, pela fórmula:  $LDL\text{-colesterol} = \text{colesterol total} - HDL\text{-colesterol} - \text{triglicérides}/5$ .

**Tabela 5 – Avaliação para pacientes de subgrupos específicos**

- Pacientes com diabetes melito ou doença renal: em caso de proteinúria > 0,5 g/24 horas, recomenda-se níveis mais baixos de pressão arterial (B).
- Pacientes hipertensos e diabéticos: recomenda-se pesquisa de microalbuminúria (B).
- Pacientes com glicemia de jejum entre 110 e 125 mg/dl: recomenda-se a realização de glicemia pós-prandial (D).

**Tabela 6 – Indícios de hipertensão secundária**

- Início da hipertensão antes dos 30 anos ou após os 50 anos de idade.
- Hipertensão arterial grave (estágio 3) e/ou resistente à terapia.
- Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia em crises.
- Uso de fármacos e drogas que possam elevar a PA (tabela 1 – cap. 8)
- Fácies ou biotipo de doença que cursa com hipertensão: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de “Cushing”.
- Presença de massas ou sopros abdominais.
- Assimetria de pulsos femorais.
- Aumento da creatinina sérica.
- Hipopotassemia espontânea (< 3,0 mEq/l).
- Exame de urina anormal (proteinúria ou hematuria).

As indicações para exames específicos, como MRPA e MAPA, estão nas tabelas 3 e 4 – cap. 2. As indicações do ecocardiograma estão na tabela 7.

**Tabela 7 – Recomendações para a utilização do ecocardiograma<sup>3</sup>**

- Para avaliação de possível hipertrofia de ventrículo esquerdo e estabelecimento de risco cardiovascular (C).
- Para hipertensos com suspeita de hipertrofia de ventrículo esquerdo, disfunções sistólica e diastólica ou doença arterial coronária (D).
- Não deverá ser utilizado para avaliação de regressão da massa ventricular esquerda como análise da ação terapêutica anti-hipertensiva (D).

**Tabela 8 – Componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo**

**Fatores de risco maiores**

- Tabagismo
- Dislipidemias
- Diabetes melito
- Idade acima de 60 anos
- História familiar de doença cardiovascular em:
  - ◆ mulheres com menos de 65 anos
  - ◆ homens com menos de 55 anos

**Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares**

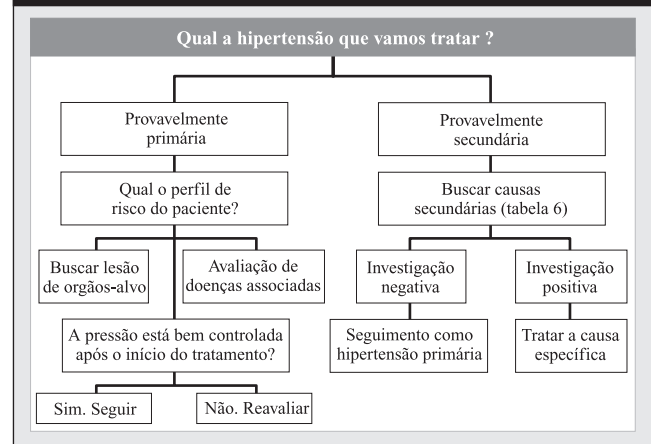
- Doenças cardíacas
  - ◆ Hipertrofia do ventrículo esquerdo
  - ◆ Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio
  - ◆ Revascularização miocárdica prévia
  - ◆ insuficiência cardíaca
- Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral
- Nefropatia
- Doença vascular arterial de extremidades
- Retinopatia hipertensiva

**Decisão terapêutica**

Para a tomada da decisão terapêutica é necessária a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação de risco, que levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo, de fatores de risco cardiovasculares e doenças associadas (tabelas 8, 9 e 10).

O fluxograma da figura 1 poderá ser seguido como um guia prático para a decisão terapêutica.

**Figura 1 – Fluxograma para orientação da decisão terapêutica**



**Tabela 9 – Classificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo**

- Risco A** Sem fatores de risco e sem lesão em órgãos-alvo.
- Risco B** Presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo.
- Risco C** Presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito.

**Tabela 10 – Decisão terapêutica, segundo risco e pressão arterial**

	Risco A	Risco B	Risco C
Normal/limítrofe (130–139/85–89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140–159/90–99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 e 3 (≥ 160/≥100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = tratamento medicamentoso  
 \* TM se insuficiência cardíaca, renal crônica ou diabetes.  
 \*\* TM se múltiplos fatores de risco.