

Hipertensão do avental branco ou hipertensão isolada de consultório?

White coat hypertension or office isolated hypertension?

Dante Marcelo Artigas Giorgi¹

O efeito da consulta médica sobre a pressão arterial (PA) foi descrito inicialmente, há mais de vinte anos, por meio do uso de monitorização contínua intra-arterial da PA. Naquela ocasião, os autores destacaram que a reação de alerta suscitada pela consulta médica era observada em um grande número de pacientes, mostrando-se superior àquela registrada durante a visita de enfermeiros, denominando-a de “efeito do avental branco”.

Por outro lado, com o desenvolvimento da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), verificou-se que a pressão arterial de vigília freqüentemente apresenta valores médios inferiores aos obtidos durante a consulta médica. Essa diferença vem sendo denominada e atribuída ao “efeito do avental branco”, isto é, a reação de alerta e a resposta pressórica à medida da pressão arterial no consultório médico. Assim, os pacientes que apresentam PA \geq 140/90 mmHg no consultório e \leq 135/85 mmHg na vigília da MAPA são denominados de “hipertensos do avental branco”.

Vários estudos têm demonstrado que esses pacientes com hipertensão do avental branco apresentam evolução clínica mais próxima dos normotensos que dos hipertensos. Entretanto, alguns trabalhos recentes mostram que, em longo prazo, muitos desses pacientes se tornam hipertensos estabelecidos, e o quadro não é tão benigno quanto se acreditava.

Uma questão que ocorre é se a diferença entre a pressão arterial de consultório e a pressão arterial de vigília revela corretamente o “efeito do avental branco”. Para responder a essa pergunta, pesquisadores desenvolveram um protocolo incluindo a monitorização contínua da PA (com a utilização da monitorização não-invasiva batimento a batimento por meio do aparelho Finapres 2300, da Ohmeda, Estados Unidos), a visita médica e a MAPA de 24 horas. Dessa forma, podem-se observar o “real efeito do avental branco” (PA durante a visita médica menos a PA nos 5 minutos precedentes à visita médica) e o “efeito do avental branco estimado” pela diferença entre a medida de pressão arterial de consultório e a média da pressão arterial de vigília da MAPA. Quando se compara o “real efeito do

avental branco” ao “efeito do avental branco estimado”, não há correlação entre as duas medidas. Portanto, essas diferenças entre as pressões arteriais caracterizam entidades diferentes, o que significa que a diferença entre a PA de consultório e a PA de vigília da MAPA não tem relação com a reação de alerta que pode ocorrer durante a consulta médica. Além disso, os autores mostraram que a medida indireta da pressão arterial pelo médico raramente coincidia com o período de maior elevação da pressão durante a visita quando observado o registro do Finapres. Assim, parece incorreto denominar os pacientes de “hipertensos do avental branco”, sendo mais apropriado o termo “hipertensos de consultório”.

Mais recentemente, um estudo populacional mostrou que cada medida de pressão arterial, seja de consultório, medida residencial da PA (MRPA) ou MAPA, tem sua importância na determinação da evolução dos pacientes e na determinação de lesões em órgãos-alvo.

Independentemente da denominação que se der às diferenças de pressão arterial observadas entre os diversos locais onde ela é realizada, devem-se considerar todos os valores obtidos e incentivar que as medidas de pressão arterial sejam realizadas por pessoas treinadas, com aparelhos calibrados e avaliados, com manguito apropriado e nas melhores condições. Assim como uma única medida de pressão arterial de consultório realizada sem o seguimento das recomendações indicadas nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial não pode ser considerada, medidas realizadas por aparelhos automáticos não certificados ou não calibrados adequadamente e com baixa cooperação do paciente quanto ao funcionamento do aparelho (menos de 80% das medidas válidas) não devem servir de balizamento para a caracterização dos indivíduos como normotensos ou hipertensos.

Em conclusão, o termo “hipertensão isolada de consultório” para exprimir o fato de um indivíduo apresentar pressão de consultório \geq 140/90 mmHg e pressão no período de vigília da MAPA de \leq 135/85 mmHg parece exprimir mais corretamente o seu significado do que o termo “hipertensão do avental branco”.

Recebido: 21/07/2006 Aceito: 11/09/2006

¹ Doutor em nefrologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Médico-Assistente da Unidade Clínica de Hipertensão do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas (InCor-HC) da FMUSP.

Correspondência para: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44, bloco II, 2ª andar – 05403-000 – São Paulo – SP.

LEITURA RECOMENDADA

1. Franks PW. White-coat hypertension and risk of stroke do the data really tell us what we need to know? *Hypertension* 2005;45:183-4.
2. Gosse P, Promax H, Durandet P, Clementy J. "White coat" hypertension: no harm for the heart. *Hypertension* 1993;22:766-70.
3. Julius S, Mejia A, Jones K, Krause L, Shork N, Ven de Ven C et al. "White coat" versus "sustained" borderline hypertension in Tecumseh, Michigan. *Hypertension* 1990;16:617-23.
4. Khattar RS, Senior R, Lahiri A. Cardiovascular outcome in white-coat versus sustained mild hypertension: a 10-Year follow-up study. *Circulation* 1998;98:1892-7.
5. Kuwajima I, Suzuki J, Fujisawa A, Kuramoto K. Is white coat hypertension innocent? Structure and function of the heart in the elderly. *Hypertension* 1993;22:826-31.
6. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Pomidossi G, Ferrari A et al. Effects of blood pressure measurements by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* 1983;2:695-8.
7. Mancia G, Parati G, Pomidossi G, Grassi G, Casadei R, Zanchetti A. Alerting reaction and rise in blood pressure during measurement by physician and nurse. *Hypertension* 1987;9:209-15.
8. Parati G, Ulian L, Santucci C, Omboni S, Mancia G. Difference between clinic and daytime blood pressure is not a measure of the white coat effect. *Hypertension* 1998;31:1185-9.
9. Verdecchia P, Reboldi GP, Angeli F, Schillaci G, Schwartz JE, Pickering TG et al. Short- and long-term incidence of stroke in white-coat hypertension. *Hypertension* 2005;45:203-8.