

Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso

Prehypertension: point of view against pharmacological treatment

Mario Fritsch Neves¹, Wille Oigman²

RESUMO

A pré-hipertensão representa uma faixa de pressão arterial pouco acima daquela considerada ideal, procurando assim categorizar melhor esse parâmetro biológico como uma variável contínua. O debate sobre a melhor conduta nessa situação é de extrema importância, pois tem implicações socioeconômicas diretas sobre a saúde pública. Diversos estudos clínicos comprovaram os efeitos benéficos das modificações do estilo de vida, as quais resultam na redução da pressão arterial. Uma dieta rica em frutas e vegetais, com baixos níveis de gordura total e saturada, foi acompanhada de uma queda significativa da pressão arterial na população pré-hipertensa. Posteriormente, a combinação com restrição de sódio resultou em uma queda maior da pressão arterial sistólica. Já foi comprovado o efeito benéfico da atividade física com sessões contínuas de exercícios. Outros trabalhos observaram também uma significativa redução dos níveis pressóricos com o acúmulo de atividades físicas em sessões não contínuas. Por fim, mesmo uma modesta redução de peso pode determinar uma queda significativa da pressão arterial. Assim, com base nos resultados obtidos com o tratamento não medicamentoso, pacientes com pré-hipertensão e sem história de doença cardiovascular devem ser acompanhados periodicamente, adequando seus estilos de vida a hábitos saudáveis, sem necessidade de tratamento medicamentoso, a não ser que ocorra elevação dos níveis pressóricos atingindo critério para diagnóstico de hipertensão. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para os pré-hipertensos sem evidências de doença cardiovascular.

PALAVRAS-CHAVE

Pré-hipertensão, estilo de vida, dieta, atividade física.

ABSTRACT

Prehypertension represents a range of blood pressure slightly above the optimal level, thus categorizing this biological parameter as a continuous variable. The debate about the best approach to this condition is extremely relevant because there are direct social and economical implications to public health. Several clinical studies demonstrated the beneficial effects of lifestyle modifications resulting in the blood pressure reduction. A diet rich in fruits and vegetables with low total and saturated fat determined a significant decrease of blood pressure in prehypertensive population. Later on, a combination with sodium restriction resulted in a further drop of systolic blood pressure. The beneficial effect of physical activity with continuous sessions has been confirmed. Other studies have also observed a significant blood pressure reduction with accumulation of physical activities through non continuous sessions. Lastly, even a modest weight reduction may determine a significant drop of blood pressure. Therefore, on the basis of results from studies of non-pharmacological treatment, patients with prehypertension and with no cardiovascular disease must be followed periodically, adjusting the lifestyle to healthy habits, with no need of drug treatment, unless there is a raise of blood pressure reaching diagnostic criteria for hypertension. To date, there is no clinical trial with enough power to indicate pharmacological treatment to prehypertensive patients with no evidence of cardiovascular disease.

KEYWORDS

Prehypertension, lifestyle, diet, physical activity.

Recebido: 7/2/2009 Aceito: 26/5/2009

1 Professor adjunto de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2 Professor titular de Clínica Médica da UERJ.

Correspondência para: Mario Fritsch Neves. Hospital Universitário Pedro Ernesto, Departamento de Clínica Médica, Av. 28 de Setembro, 77, sala 329, Vila Isabel – 20551-030 – Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

O termo pré-hipertensão, cuja definição já foi revista neste periódico, foi inicialmente apresentado em 2003 pelo JNC 7 (VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure). Desde então, muitos questionamentos surgiram em relação ao significado dessa classificação e da melhor forma de abordagem. De fato, o termo pré-hipertensão representa uma faixa de pressão arterial pouco acima daquela considerada ideal, procurando assim categorizar melhor esse parâmetro biológico como uma variável contínua¹. Por outro lado, um paciente, ao saber que apresenta pré-hipertensão, pode interpretar que necessariamente ela vai evoluir para hipertensão, considerando-a como um rótulo de doença, e solicitar um medicamento para seu tratamento. O debate sobre a melhor conduta nessa situação é de extrema importância, pois tem implicações sociais e econômicas diretas sobre a saúde pública².

MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA NA PRÉ-HIPERTENSÃO

Diversos estudos clínicos comprovaram os efeitos benéficos das modificações do estilo de vida, as quais resultam na redução da pressão arterial, sendo definidas, assim, como único tratamento preconizado para a pré-hipertensão (Tabela 1)³. No estudo DASH (The Dietary Approaches to Stop Hypertension), já bastante conhecido pela comunidade científica, a maioria dos indivíduos era pré-hipertensa, com apenas 133 hipertensos entre os 459 pacientes incluídos. Inicialmente, o peso corporal

e a ingestão de sódio foram mantidos. Uma dieta rica em frutas e vegetais, com baixos níveis de gordura total e saturada, foi acompanhada de uma queda de 3,5 mmHg/2,1 mmHg na pressão arterial da população pré-hipertensa. Posteriormente, a restrição de ingestão de sódio foi combinada com a dieta DASH, resultando em queda de 7,1 mmHg na pressão arterial sistólica, valor considerado significativo quando comparado ao do grupo apenas com a dieta DASH^{4,5}. Uma das maiores preocupações em relação às dietas preconizadas é a aderência às recomendações nutricionais. Outro estudo realizado para testar a aceitabilidade de uma dieta hipossódica – com restrição intensa e moderada de sódio – mostrou que houve boa aceitação, similar à da dieta com níveis mais elevados de sódio, por sujeitos pré-hipertensos e com hipertensão leve, especialmente quando associada a uma dieta rica em frutas e vegetais como a dieta DASH⁶.

Além da dieta, outra abordagem preconizada para o tratamento não medicamentoso da pré-hipertensão é a prática de exercícios físicos. As diretrizes atuais recomendam pelo menos 30 minutos de atividade física moderadamente intensa na maioria dos dias da semana, ou em todos. Na verdade, as evidências que comprovaram o efeito benéfico da atividade física em reduzir a pressão arterial surgiram de estudos com sessões contínuas de exercícios. Entretanto, trabalhos mais recentes observaram também uma significativa queda dos níveis pressóricos com o acúmulo de atividades físicas em sessões não contínuas⁷. Uma redução sustentada da pressão arterial após uma única sessão de exercício aeróbio é definida como hipotensão pós-exercício. Os mecanismos da hipotensão pós-exercício não estão bem

Tabela 1. Estudos clínicos sobre os efeitos das mudanças do estilo de vida sobre a pressão arterial³

Estudo	Intervenção	Duração	PA basal (mmHg)	PA final (mmHg)
DASH	Dieta DASH + 150 mmol/dia de sódio	30 dias	134/86	PAS: -5,9 PAD: -2,9
DASH	Dieta DASH + 100 mmol/dia de sódio	30 dias	134/86	PAS: -5,0 PAD: -2,9
DASH	Dieta DASH + 50 mmol/dia de sódio	30 dias	134/86	PAS: -2,2 PAD: -2,5
TOPH I	Perda de peso	18 meses/7 anos	122/84	PAS: -6,9 PAD: -8,6
TOPH II	Perda de peso	36 meses	128/86	PAS: -3,7 PAD: -2,7
PREMIER	Aconselhamento	6 meses/18 meses	134/84	PAS: -6,6 PAD: -3,8
PREMIER	Terapia comportamental	6 meses/18 meses	135/85	PAS: -10,5 PAD: -5,5
PREMIER	Terapia comportamental + dieta DASH	6 meses/18 meses	135/85	PAS: -11,1 PAD: -6,4

esclarecidos, mas parece haver uma participação da modulação simpática, por meio de um melhor controle do equilíbrio entre o sistema nervoso simpático e parassimpático⁸.

Para avaliar a efetividade de um regime baseado em modificação do estilo de vida com vistas a prevenir a elevação progressiva da pressão arterial, o estudo PREMIER avaliou 810 indivíduos pré-hipertensos ou hipertensos leves. Um grupo foi submetido a uma intervenção comportamental utilizando recomendações convencionais, outro grupo sujeitou-se à mesma intervenção associada à dieta DASH e um terceiro grupo apenas seguiu um aconselhamento. Após seis meses, o grupo com dieta DASH demonstrou redução de 4,3 mmHg na pressão arterial sistólica⁹. Esse valor pode ser considerado pequeno, mas foi significativamente maior que a média observada entre os pacientes que receberam apenas aconselhamento (queda de 2,1 mmHg) e, adicionalmente, tem implicações clínicas relevantes relacionadas à prevenção de eventos cardiovasculares. Da mesma forma, 35% dos pacientes submetidos à intervenção comportamental mantiveram níveis pressóricos normais, bem acima dos 19% dos indivíduos apenas com aconselhamento¹⁰.

No estudo TOHP (The Trials of Hypertension Prevention), pré-hipertensos com sobrepeso, com até 165% do peso ideal, beneficiaram-se de uma pequena redução de peso, em torno de 4,5 kg, com ou sem restrição de sal. Nos primeiros seis meses, houve uma queda da pressão arterial de 4,0/2,8 mmHg, significativa em relação ao grupo que manteve os cuidados usuais. Os indivíduos que sustentaram a perda de peso (pelo menos 4,5 kg em seis meses) nos 30 meses seguintes mantiveram a redução da pressão arterial e tiveram 65% menos chance de se tornar hipertensos. Após sete anos de seguimento, a incidência de hipertensão foi de 18,9% no grupo com perda de peso e de 40,5% no grupo controle. Além disso, após ajustes para algumas variáveis, o risco de aparecimento de eventos cardiovasculares foi reduzido em 25% no grupo que sofreu intervenção^{11,12}.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA PRÉ-HIPERTENSÃO

Até o presente, o maior protocolo realizado envolvendo intervenção medicamentosa na pré-hipertensão foi o estudo TROPHY (Trial of Preventing Hypertension), no qual um grupo de pré-hipertensos recebeu um bloqueador de receptor de angiotensina II (BRA), candesartan, e outro grupo recebeu placebo por dois anos. Após esse período, os dois grupos receberam placebo por mais dois anos. No final do primeiro período, o número de indivíduos que evoluiu para hipertensão foi significativamente menor no grupo com candesartan e, após quatro anos, essa diferença foi menos acentuada¹³. Os autores do estudo consideraram o uso do BRA em indivíduos pré-hipertensos como uma opção plausível para prevenir, ou pelo menos retardar, a

elevação da pressão arterial, tendo em vista que a aderência às recomendações atuais de mudanças no estilo de vida, incluindo perda de peso, exercício e restrição de sal na dieta, é pobre, o que dificulta a prevenção da hipertensão nessa população.

Diversos questionamentos, por outro lado, foram apresentados em relação à metodologia e aos resultados do estudo TROPHY. O primeiro ponto refere-se à definição de hipertensão como desfecho primário do estudo, o que é incomum e pode não validar os resultados encontrados¹⁴. Além disso, a interpretação dos resultados parece ter sido feita em um cenário fora da realidade, ignorando critérios de avaliação que os próprios autores estabeleceram no início do estudo¹⁵.

O estudo TROPHY, além disso, foi considerado como uma oportunidade perdida, pois não tinha como objetivo determinar se o tratamento medicamentoso reduziria a morbidade e a mortalidade nos pacientes pré-hipertensos. Essa resposta seria fundamental para indicar ou não o tratamento medicamentoso para esse grupo de indivíduos². Na verdade, é extremamente difícil realizar estudos com análises de custo-benefício na pré-hipertensão, por se tratar de uma população ainda considerada de baixo risco cardiovascular em comparação com outros modelos de doença. Apesar de o bloqueador de receptor de angiotensina apresentar um perfil favorável ao seu uso, em razão da baixa incidência de eventos adversos, deve haver uma grande preocupação com seu uso indiscriminado, por causa da possibilidade de ser adotado por mulheres em idade fértil, com potencial para engravidar, havendo, nesse caso, grandes chances de propiciar anomalias fetais.

Assim, com base nessas críticas e nos resultados obtidos com o tratamento não medicamentoso, pacientes com pré-hipertensão e sem história de doença cardiovascular devem ser acompanhados periodicamente e incluir em suas vidas hábitos saudáveis, não necessitando, assim, de tratamento medicamentoso, a não ser que ocorra elevação dos níveis pressóricos atingindo critério para diagnóstico de hipertensão¹⁶.

CONCLUSÕES

Esses estudos sugerem que o ponto mais importante no tratamento da pré-hipertensão é a aderência às recomendações das diretrizes brasileiras, americanas e europeias para manutenção de um estilo de vida adequado, em que haja atividade física apropriada, controle do peso e restrição de sal na dieta e sejam evitados o tabagismo e o consumo excessivo de álcool. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para a imensa população de indivíduos pré-hipertensos sem evidências de doença cardiovascular. Dessa forma, nenhum medicamento deve ser prescrito para tratamento específico da pré-hipertensão, pelo menos até que surjam evidências de que algum tratamento

reduza a incidência de eventos cardiovasculares e tenha uma boa relação custo-efetividade.

REFERÊNCIAS

1. Marshall T. The rise of the term "prehypertension". *Ann Intern Med.* 2009;150(2):145.
2. Mitka M. Drug therapy for prehypertension questioned. *JAMA.* 2006;296(23):2787-8.
3. Nesbitt SD. Treatment options for prehypertension. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2007;16(3):250-5.
4. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Wollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 1997;336(16):1117-24.
5. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 2001;344(1):3-10.
6. Karanja N, Lancaster KJ, Vollmer WM, Lin P-H, Most MM, Ard JD, et al. Acceptability of sodium-reduced research diets, including the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet, among adults with prehypertension and stage 1 hypertension. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(9):1530-8.
7. Park S, Rink LD, Wallace JP. Accumulation of physical activity leads to a greater blood pressure reduction than a single continuous session, in prehypertension. *J Hypertens.* 2006;24(9):1761-70.
8. MacDonald JR. Potential causes, mechanisms, and implications of post exercise hypotension. *J Hum Hypertens.* 2002;16(4):225-36.
9. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA.* 2003;289(16):2083-93.
10. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;144(7):485-95.
11. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, West DS, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med.* 2001;134(1):1-11.
12. Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ.* 2007;334(7599):885.
13. Julius S, Nesbitt SD, Egan BM, Weber MA, Michelson EL, Kaciroti N, et al. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. *N Engl J Med.* 2006;354(16):1685-97.
14. Persell SD, Baker DW. Studying interventions to prevent the progression from prehypertension to hypertension: does TROPHY win the prize? *Am J Hypertens.* 2006;19(11):1095-7.
15. Meltzer JI. A specialist in clinical hypertension critiques the TROPHY trial. *Am J Hypertens.* 2006;19(11):1098-100.
16. Pitt B. Prehypertension. To treat, or not to treat: that is the question. *Am J Hypertens.* 2007;20(5):492.