

Controle da pressão arterial, do *diabetes mellitus* e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica

Blood pressure, diabetes and dislipidemia control of patients with hypertension at a medical residence ambulatory

Gláucia Sarturi Três¹, Joyce Benck Utzig², Rosana Martins², Sabrina Heinrich³

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição muito prevalente que pode estar associada a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Neste estudo avaliaram-se pacientes hipertensos de um ambulatório de residência de clínica médica, objetivando analisar primariamente a frequência do controle da HAS e, secundariamente, o controle do *diabetes mellitus* e da dislipidemia, quando estes estavam associados. Também se coletaram dados sobre medicações em uso. O controle da HAS foi verificado em 53,7% da população total estudada, em 50,7% dos pacientes hipertensos e dislipidêmicos e em 45% dos hipertensos e diabéticos. O controle isolado da dislipidemia foi de 55,38% e do diabetes foi de 12,5%, e apenas 26,1% e 7,5% apresentaram controle simultâneo da HAS/dislipidemia e da HAS/diabetes, respectivamente. O controle simultâneo da HAS, da dislipidemia e do *diabetes mellitus* não ocorreu em nenhum indivíduo estudado, visto que dez pacientes apresentavam estas três patologias concomitantemente. A média de idade foi de 61,83 ± 12,89 anos, sendo a maioria mulheres (66,1%). Em média, os pacientes usavam 2,40 fármacos anti-hipertensivos diferentes para tratar a doença. Apenas 17,4% estavam em monoterapia. A classe de fármaco mais usada foi a dos diuréticos (81%). Apesar do melhor controle da HAS encontrado neste estudo quando comparado com a literatura,

ABSTRACT

The high blood pressure is a very prevalent disease that can be associated to other risk factors to cardiovascular diseases. At this study we evaluate hypertensive outpatients from an internal medicine residence clinic. The first objective was to assess the frequency ratios of hypertension control and, secondly, the ratios of diabetes mellitus and dyslipidemia controls when they were associated. We also collected data of the medications' use. The high blood pressure control was verified in 53,7% of the hypertension population; 50,7% in hypertensive patients with dyslipidemia and, 45% in hypertensives with diabetes. The segregated control of dyslipidemia was 55,38% and the diabetes was 12,5% and only 26,1% and 7,5% of the patients had concurrent control of hypertension/dyslipidemia and hypertension/diabetes, respectively. The simultaneous control of hypertension, diabetes and dyslipidemia didn't happen with any individual, and 10 patients had the three pathologies concomitantly. The media of age was 61,83 ± 12,89 year old, been the most part of women (66,1%). On average, the patients used 2,40 different types of anti-hypertensive drugs to treat the disease. Only 17,4% were at monotherapy treatment. The most used drug was the diuretics. Although there was better control of high blood pressure in this study when compared with literature, the

Recebido: 9/2/2009 Aceito: 9/4/2009

Instituição a que estão filiados os autores: Residência de Clínica Médica do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF).

1 Médica preceptora da Residência de Clínica Médica do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo/RS. Mestre em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2 Médica-residente da Residência de Clínica Médica do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo/RS.

3 Acadêmica do quarto ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF).

Correspondência para: Dra. Gláucia Sarturi Três. Rua Teixeira Soares, 775, sala 306, Centro – 99010-080 – Passo Fundo, RS. Fone: (54) 3311-3261. E-mail: gstres@tpo.com.br

ele ainda ocorre de maneira aquém da esperada para prevenção de doenças e mortalidade cardiovascular.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão, *diabetes mellitus*, dislipidemia, fatores de risco cardiovascular.

treatment is still able to prevent diseases and cardiovascular mortality below the expected rate.

KEYWORDS

Blood pressure control, diabetes mellitus, dyslipidemia, cardiovascular risk factors.

INTRODUÇÃO

O risco de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC) e renal e cardiopatia isquêmica (CI) aumenta paralelamente ao aumento da pressão arterial¹. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares (DCV). A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil, excluídos os óbitos por causas maldefinidas e violência, é o AVC, acometendo as mulheres em maior proporção. Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) explica 40% das mortes por AVC e 25% daquelas por doença coronariana².

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência hipertensão arterial sistêmica (HAS) (pressão arterial sistólica [PAS] \geq 140 mmHg e pressão arterial diastólica [PAD] \geq 90 mmHg) de 22,3% a 43,9%². Dados de um estudo de 1998, realizado por Trindade *et al.*³, apontaram prevalência de 21,9% de HAS para a população urbana de Passo Fundo, RS, utilizando como critério para HAS a PAS \geq 160 e PAD \geq 90 mmHg.

A porcentagem de pessoas que tem a HAS controlada é muitas vezes insatisfatória. Dados do estudo NHANES III indicam que 32% dos pacientes com HAS não sabem de sua condição e não recebem tratamento, 15% sabem, mas não realizam tratamento, 26% dos pacientes tratados não têm sua pressão arterial controlada e somente 27% dos pacientes têm controle da HAS⁴. Um estudo brasileiro semelhante revela que, em adultos hipertensos, 50,8% sabiam que eram hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham a pressão arterial controlada⁵.

Além da HAS, o *diabetes mellitus* (DM) e a dislipidemia são fatores de risco conhecidos e importantes para DCV, estando frequentemente associados em um mesmo paciente. O controle desses fatores de risco previne ou retarda o aparecimento de DCV⁶.

Os objetivos do presente estudo foram avaliar o controle da HAS juntamente com o controle do DM e da dislipidemia em um ambulatório de clínica médica do serviço de residência médica da cidade de Passo Fundo, RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os prontuários de 121 pacientes com diagnóstico de HAS foram avaliados retrospectivamente, os quais receberam atendimento no ambulatório de clínica médica da residência médica do Hospital São Vicente de Paulo, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF).

Os dados analisados referem-se a pacientes hipertensos atendidos no período de fevereiro de 2006 a setembro de 2007. Foram excluídos os pacientes com apenas uma consulta, os que apresentavam hipertensão arterial secundária e aqueles cujos dados estavam incompletos.

As informações compreendem a medida da pressão arterial na última consulta, os exames laboratoriais mais recentes (colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicerídeos e hemoglobina glicosilada), o número e as classes das medicações anti-hipertensivas e hipolipemiantes prescritas, a presença de DM e de dislipidemia e o controle dessas doenças.

Definiu-se como controle da hipertensão uma pressão arterial menor que 140/90 mmHg para pacientes somente hipertensos e menor que 130/85 mmHg para aqueles hipertensos com *diabetes mellitus*^{2,6}; como controle da dislipidemia um colesterol total menor que 240 mg/dL ou HDL-c menor que 40 mg/dL ou LDL-c menor que 130 mg/dL. O controle do DM foi estabelecido por hemoglobina glicosilada igual ou menor que 7,0 mg/dL.

Para análise das variáveis em estudo, utilizou-se o programa SPSS.

RESULTADOS

A média de idade com desvio-padrão do grupo de estudo foi de 61,83 \pm 12,89 anos, sendo a maioria mulheres (66,1%) (Tabela 1). O número médio de consultas realizadas durante o período de estudo foi de 4,23 \pm 2,27 consultas/paciente (mediana: 4). O controle da HAS foi verificado em 65 pacientes (53,7%). Em média, os pacientes usavam 2,40 fármacos anti-hipertensivos diferentes para tratar a doença. Apenas 17,4% estavam em monoterapia (Figura 1). A classe de fármaco mais usada foi a dos diuréticos (81%), seguida dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (74,4%), dos betabloqueadores

(50,4%), dos bloqueadores do canal de cálcio (21%), dos vasodilatadores de ação central (7,4%), dos antagonistas do receptor de angiotensina 2 (6,6%) e, finalmente, dos vasodilatadores diretos – minoxidil, hidralazina – (0,8%) (Figura 2).

Tabela 1. Características dos pacientes avaliados

n = 121		
Média de idade	61,83 ± 12,89	
Sexo feminino	81	66,9%
Diabetes mellitus tipo 2	40	33,05%
Dislipidemia	65	53,71%

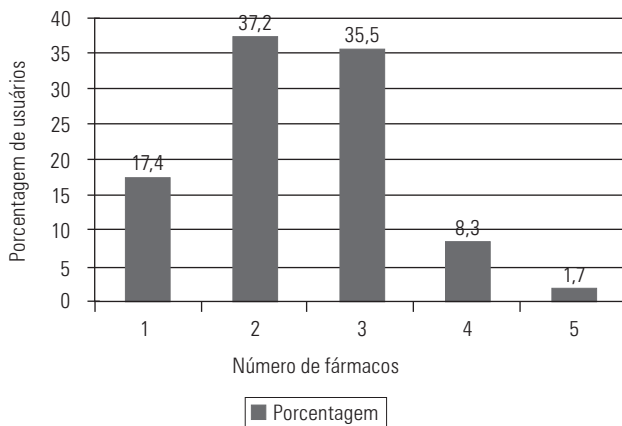


Figura 1. Número de fármacos anti-hipertensivos prescritos.

Entre os 121 pacientes alocados, 65 (53,71%) tinham diagnóstico de dislipidemia. A maioria apresentava dislipidemia mista (31), 24 apresentavam hipercolesterolemia isolada, quatro apresentavam hipertrigliceridemia isolada e seis tinham apenas o HDL-c baixo. Desses 65 pacientes dislipidêmicos, um pouco mais da metade (55,38%) estava com o perfil lipídico controlado,

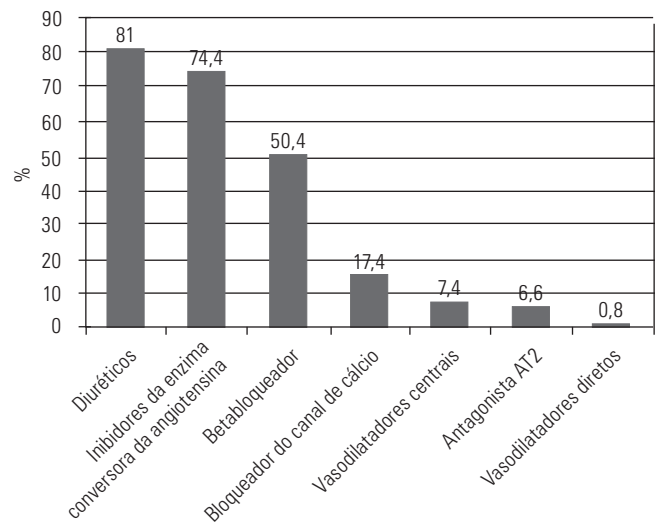


Figura 2. Frequência do uso das classes de anti-hipertensivos.

33 (50,7%) pacientes estavam com a pressão arterial controlada e apenas 17 (26,1%) pessoas mostraram controle tanto da hipertensão arterial quanto da dislipidemia.

Grande parte dos pacientes era tratada com estatinas (47 pacientes) e os demais com fibrato, além de mudança do estilo de vida (orientações quanto à dieta, encaminhamento a nutricionista e exercício físico).

No grupo de hipertensos diabéticos (40), o controle da HAS foi constatado em 18 dos alocados (45%), e em apenas cinco indivíduos (12,5%) foi observado controle ótimo do DM, com hemoglobina glicosilada menor que 7,0 mg/dL. Nos outros 35 indivíduos, a patologia não estava controlada. Somente três (7,5%) pacientes estavam com controle simultâneo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial (Tabela 2).

A frequência de pacientes com HAS mais as outras duas morbidades associadas (DM e dislipidemia) foi observada em dez (8,26%) dos alocados, visto que nenhum destes conseguiu manter controladas as três patologias simultaneamente.

Tabela 2. Controle da pressão arterial sistólica × controle do diabetes mellitus e da dislipidemia

Controle	Total de hipertensos n	Hipertensos com dislipidemia	Hipertensos com diabetes mellitus	Hipertensos com diabetes mellitus e dislipidemia
	121	65	40	10
Pressão arterial	65 (53,71%)	33	18	0
Dislipidemia	–	36	–	0
DM	–	–	5	0
Pressão arterial + dislipidemia	–	17	–	–
Pressão arterial + diabetes	–	–	3	–

DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta população estudada mostraram maior alcance das metas de níveis pressóricos nos hipertensos (53,7%) em comparação aos valores encontrados na literatura^{2,3,5}. Freitas *et al.*⁷ concluíram que 20,9% dos hipertensos apresentaram controle da pressão arterial em um serviço universitário. Os resultados do presente estudo podem ter sido ocasionados pelo fato de o atendimento ter ocorrido em um hospital-escola, por médicos residentes de clínica médica, supervisionados por preceptores experientes. Cada paciente teve seu caso avaliado individualmente sob os conhecimentos da medicina fundamentada em evidências. Além disso, o número de pacientes da amostra analisada corresponde a uma quantidade reduzida e não representativa da população total da cidade, o que poderia selecionar pacientes mais interessados no cuidado da sua saúde.

Obviamente, os profissionais visam ao controle da HAS pela totalidade dos pacientes. No entanto, na prática, isso não ocorre. Muitos são os motivos aventados: má adesão ao tratamento farmacológico e às modificações de estilo de vida, dificuldades de obtenção da medicação em razão do custo ou da disponibilidade na rede pública de saúde, deficiência na relação médico-paciente, entre outros.

Com base em estudos recentes, em dois terços dos casos, a monoterapia não foi suficiente para atingir as reduções de pressão previstas, e, diante da necessidade de controle mais rigoroso da pressão arterial, há clara tendência atual para a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa, principalmente para pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3^{2,8,9}. Esses achados correspondem à realidade encontrada na presente análise, na qual a média de fármacos hipotensores utilizados foi de 2,40. Os diuréticos foram utilizados em 81% dos casos, provavelmente por terem demonstrado maior redução de morbidade e mortalidade em estudos prévios¹⁰⁻¹² e possivelmente pelo seu baixo custo e maior facilidade de aquisição na rede pública.

Grande parte dos pacientes hipertensos também apresentava *diabetes mellitus* e/ou dislipidemia. Nota-se que, proporcionalmente, o grupo de hipertensos diabéticos tinha menor controle da pressão arterial (45%) quando comparado com a população total estudada (53,7%). Possivelmente, essa diferença ocorra por causa das recomendações atuais da American Diabetes Association e do VII Joint of High Blood Pressure, que preconizam níveis de pressão arterial igual ou menor a 130/80 mmHg para prevenir a progressão da nefropatia diabética^{6,13}.

Percebe-se que, a cada morbidade associada, aumentava a dificuldade no manejo ótimo de cada doença. Dos dez pacientes

com diagnóstico de HAS, DM e dislipidemia concomitantemente, nenhum conseguiu atingir as metas.

Pesquisas confirmaram um efeito multiplicador da pressão sistólica quando muitas condições de risco estão presentes¹⁴. No presente estudo, ficou visível o pobre controle dos fatores de risco para DCV, principalmente quando o paciente possui mais de um. A polifarmácia desses indivíduos pode ter colaborado para a pior aderência ao tratamento, bem como a grande quantidade de idosos (43,8% maiores de 65 anos), os quais têm mais dificuldades, inerentes à idade, para uso adequado dos fármacos.

Não obstante as fortes evidências de que terapêuticas farmacológicas contribuem para prevenir eventos cardiovasculares em indivíduos de alto risco, o controle desses fatores permanece inadequado e as medicações para a diminuição dos riscos parecem ser subutilizadas¹⁵.

Conclui-se que, mesmo com o controle da HAS superior ou igual ao das pesquisas semelhantes em todo o mundo, este ainda necessita ser melhorado. Em relação aos demais fatores de risco para DCV (DM e dislipidemia), o controle observado foi aquém do esperado, o que reflete a necessidade de maior empenho no implemento de terapias mais agressivas, maior persuasão para aderência dos pacientes ao tratamento e melhorias nas políticas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903-13.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(4): 256-312.
- Trindade IS, Heineck G, Machado JR, *et al*. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo. *Arq Bras Cardiol*. 1998;71:127-30.
- Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in United States. *N Engl J Med*. 2001;345(7):479-86.
- Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):429-33.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2006. *Diabetes Care*. 2006;29 Suppl 1:S4-42.
- Freitas JB, Tavares A, Kohlmann Jr O, Zanella MT, Ribeiro AB. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no Serviço de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(2):117-22.
- 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens*. 1999;17(2):151-83.
- Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, *et al*. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. HOT Study Group. *Lancet*. 1998;351(9118):1755-62.
- Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, *et al*. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 1996;273:1571-6.
- Wright JM, Lee CH, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug? *CMAJ*. 1999; 161(1):25-32.
- Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in

- the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. *JAMA*. 1991; 265(24):3255-64.
13. 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(19):2560-72.
 14. Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am J Hypertens*. 2000;13(1 Pt 2):3S-10.
 15. Rodondi N, Peng T, Karter AJ, *et al*. Therapy modifications in response to poorly controlled hypertension, dislipidemia and diabetes mellitus. *Ann Intern Med*. 2006;144(7):475-84.