

O ESSENCIAL DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

THE ESSENTIAL FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

Bruno Landal Cavassin¹, Emilton Lima Júnior²

RESUMO

A doença hipertensiva é o principal fator de risco para a mortalidade cardiovascular no mundo. Para tentar melhorar esse cenário, podem-se vislumbrar três ações estratégicas: melhorar o acesso aos cuidados em saúde, aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e quebrar os paradigmas da inércia terapêutica. A hipertensão arterial é doença cujo diagnóstico é rápido, de baixo custo e relativamente fácil. Entretanto, apenas uma em cada cinco pessoas hipertensas está com a pressão arterial controlada. Logo, se as metas pressóricas recomendadas não forem atingidas e mantidas, há maior risco de desfechos cardiovasculares ruins. Estratégias de educação em saúde podem acarretar em maior adesão ao tratamento. Para tanto, deve-se incentivar o esclarecimento da população sobre essa doença, fornecendo-lhe informações pertinentes. Além disso, o profissional médico deve estabelecer estratégias para atingir a meta pressórica, para seus pacientes, por meio do tratamento efetivo. As diretrizes médicas se propõem a oferecer as melhores evidências em diagnóstico e tratamento. No entanto, por vezes, podem ser um tanto confusas e até mesmo complexas para serem utilizadas rotineiramente. A fim de tornar mais simples e objetiva a busca de informações, baseadas em evidências científicas atuais, na conduta dos pacientes hipertensos, propõe-se um fluxograma para consulta rápida. Nele, a hipertensão arterial é conduzida desde o diagnóstico até o tratamento.

Descritores: Hipertensão Arterial, Diretrizes Clínicas, Inércia Terapêutica, Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Hypertensive disease is the main risk factor for cardiovascular mortality worldwide. To improve this scenario, three strategic actions can be envisaged: improving access to health care, increasing adherence to antihypertensive treatment, and breaking the paradigms of therapeutic inertia. Hypertension is a disease whose diagnosis is quick, inexpensive, and relatively easy. However, only one in five people with hypertension has controlled blood pressure. Therefore, if the recommended blood pressure goals are not met and maintained, there is an increased risk of poor cardiovascular outcomes. Health education strategies can lead to greater adherence to treatment. Therefore, the population should be informed about this disease, providing them with pertinent information. In addition, the medical professional must establish strategies to reach the blood pressure goal, for their patients, through effective treatment. Medical guidelines purport to provide the best evidence in diagnosis and treatment. However, sometimes they can be quite confusing and even complex to use routinely. To make the search for information, based on current scientific evidence, in the management of hypertensive patients simpler and more objective, a flowchart for quick consultation is proposed. In it, arterial hypertension is conducted from diagnosis to treatment.

Keywords: Hypertension, Practice Guidelines, Therapeutic Inertia, Treatment Adherence

INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial em $\geq 140/90$ mmHg.¹⁻⁴ É o principal fator de risco

modificável para as doenças cardiovasculares (DCV), que representam a principal causa de morte no Brasil (27,3%) e no mundo (28,78%).^{1,5}

Além de influenciar nas principais causas de morte no

1. Médico/Pontifícia Universidade Católica do Paraná

2. Professor Titular de Cardiologia/Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professor de Adjunto de Cardiologia/Universidade Federal do Paraná. Mestre em Cardiologia/Universidade Federal do Paraná. Doutor em Ciências Médicas/Université de Liège/Bélgica. Chefe do Ambulatório de Hipertensão Resistente e Cardiometabolismo - HC/UFPR.

Correspondência: Emilton Lima Júnior. doc.emilton@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/20212804293-6>

mundo contemporâneo, a HA traz um impacto significativo aos custos em saúde. Em 2018, foi estimado um gasto de mais de dois bilhões de reais com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos relacionados a HA no Brasil.^{1,6} Outra estatística preocupante é que de aproximadamente 10 pacientes hipertensos na América Latina e Caribe, apenas seis são diagnosticados, quatro são tratados e apenas dois tem HA controlada, fato que reforça o protagonismo do médico desde o diagnóstico ao tratamento adequado dessa comorbidade.⁷

OBJETIVO

O objetivo desse artigo é sintetizar as evidências da Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020)¹, Diretriz da Sociedade Internacional de Hipertensão (2020)², Diretriz de Hipertensão do National Institute for Health and Care Excellence (2019)³ e Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Hipertensão (2018)⁴, em um único fluxograma de bolso (Figura 1).

DISCUSSÃO

O impacto e a prevalência de HA dentro da realidade do dia a dia da relação médico-paciente são indiscutíveis. Segundo a USPSTF (Task Force)⁸ existe a recomendação de rastreio de hipertensão arterial para todos os paciente a partir de 18 anos. Recomenda-se rastreamento anual se PA < 140/90 mmHg (Grau de recomendação (GR): I; Nível de Evidência (NE): C).^{1,4} Utilizar a técnica correta de aferição da PA é essencial para um bom rastreamento e diagnóstico.^{1,2}

O diagnóstico de HA é definido por ≥ 2 medidas em ≥ 2 consultas com PA $\geq 140/90$ mmHg ou uma medida $\geq 180/110$ mmHg, ou MAPA (24h $\geq 130/80$ mmHg; Vigiância $\geq 135/85$ mmHg; Sono $\geq 120/70$ mmHg) ou MRPA $\geq 130/80$ mmHg.¹⁻⁴

Alguns exames são obrigatórios durante o diagnóstico de HA, como parcial de urina (GR: I, NE: C), potássio plasmático (GR: I, NE: C), dosagem de creatinina com cálculo da taxa de filtração glomerular (CKD-EPI) (GR: I, NE: B), glicemia em jejum e HbA1c (GR: I, NE: C), perfil lipídico (GR: I, NE: C), ácido úrico (GR: I, NE: C) e eletrocardiograma (GR: I, NE: B).^{1,3} Exames adicionais, para pesquisa de lesões de órgão-alvo também podem ser solicitados. A classificação do risco cardiovascular é essencial para uma maior precisão no diagnóstico e melhor personalização do tratamento de hipertensão arterial e assim se justifica a sua priorização.

Todo paciente diagnosticado com pré-HA (130-139/85-89 mmHg) ou HA deve iniciar mudanças de estilo de vida (MEV), que se resume em controle do peso e da circunferência abdominal (GR: I; NE: A), iniciar dieta DASH (GR: I; NE: A), ingerir uma quantidade de sódio menor que 2 g/dia

(GR: I; NE: A), cessar o tabagismo (GR: I; NE: A), praticar exercício físico de moderada intensidade pelo menos 150 minutos/semana (GR: I; NE: A), reduzir o consumo de álcool (GR: IIa; NE: B) e de bebidas estimulantes, reduzir a exposição a poluição, ao frio e ao estresse (GR: IIb; NE: B) e aumentar a ingestão de potássio na dieta (GR: I; NE: A).^{1,2}

Pacientes classificados como alto risco ou Estágio 2/3 (GR: I; NE: A) ou Estágio 1 e risco moderado a alto (GR: I; NE: B), devem iniciar o tratamento com MEV e 2 medicamentos (Step 2) e serem reavaliados em relação a meta em 3 meses. Pacientes com Estágio 1 e risco baixo, devem iniciar o tratamento apenas com MEV e serem reavaliados em relação a meta em 3 meses (GR: IIa; NE: B). A terapia medicamentosa deve ser iniciada em idosos frágeis se $\geq 160/90$ mmHg e de preferência em monoterapia (GR: I; NE: B). Algumas evidências sustentam iniciar tratamento medicamentoso em monoterapia para pacientes com pré-HA e alto risco cardiovascular (GR: IIa; NE: B).^{1,2,4}

Em pacientes com baixo e moderado risco, a meta com o tratamento é < 140/90 mmHg (GR: I, NE: B). Paciente com alto risco cardiovascular, devem ter meta < 130/80 mmHg. Portadores de *diabetes mellitus* (DM) (GR: IIa, NE: B)⁴ ou insuficiência cardíaca (GR: I; NE: C)² ou doença arterial coronariana (GR: IIa; NE: B)¹ possuem meta de 120-129/70-79 mmHg. Idosos com fragilidade moderada a severa, a meta se encontra entre 140-149/70-79 mmHg (GR: I, NE: C).¹ Caso essas metas não sejam atingidas em três meses nos pacientes de alto risco ou Estágio 2/3 ou Estágio 1 e risco moderado, devemos iniciar o Step 3. Caso não seja atingida nos pacientes em Estágio 1 com risco baixo em 3 meses, devemos iniciar o Step 1. Os pilares do tratamento para a maioria dos pacientes hipertensos são as mudanças de hábitos de vida e o "trio de ouro" (IECA/BRA + BCC + TZD).^{3,9}

Caso o paciente possua hipertensão não controlada no Step 3 de tratamento, ele é considerado como portador de HA resistente e deve-se questionar a possibilidade de má aderência. Pacientes que se enquadrem no Step 5 ou 6 são considerados portadores de HA refratária e o diagnóstico de hipertensão arterial secundária deve ser considerado.

CONCLUSÃO

Os dados e o fluxograma de bolso demonstrado nesse artigo visam a divulgação da medicina baseada em evidência no âmbito do diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial de uma maneira concisa e objetiva visa auxiliar na diminuição da inércia terapêutica. A medicina de individualização farmacológica, associado à correta coleta de dados e a educação dos pacientes sobre sua doença facilitam a aderência e o tratamento desta doença que mais influencia no desfecho das DCV no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Gomes MAM, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;1334–57. doi: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- NICE. Hypertension in adults: Diagnosis and management. NICE Guidel [Internet]. 2019. doi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
- Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of

Hipertensão Arterial

Fluxograma diagnóstico terapêutico

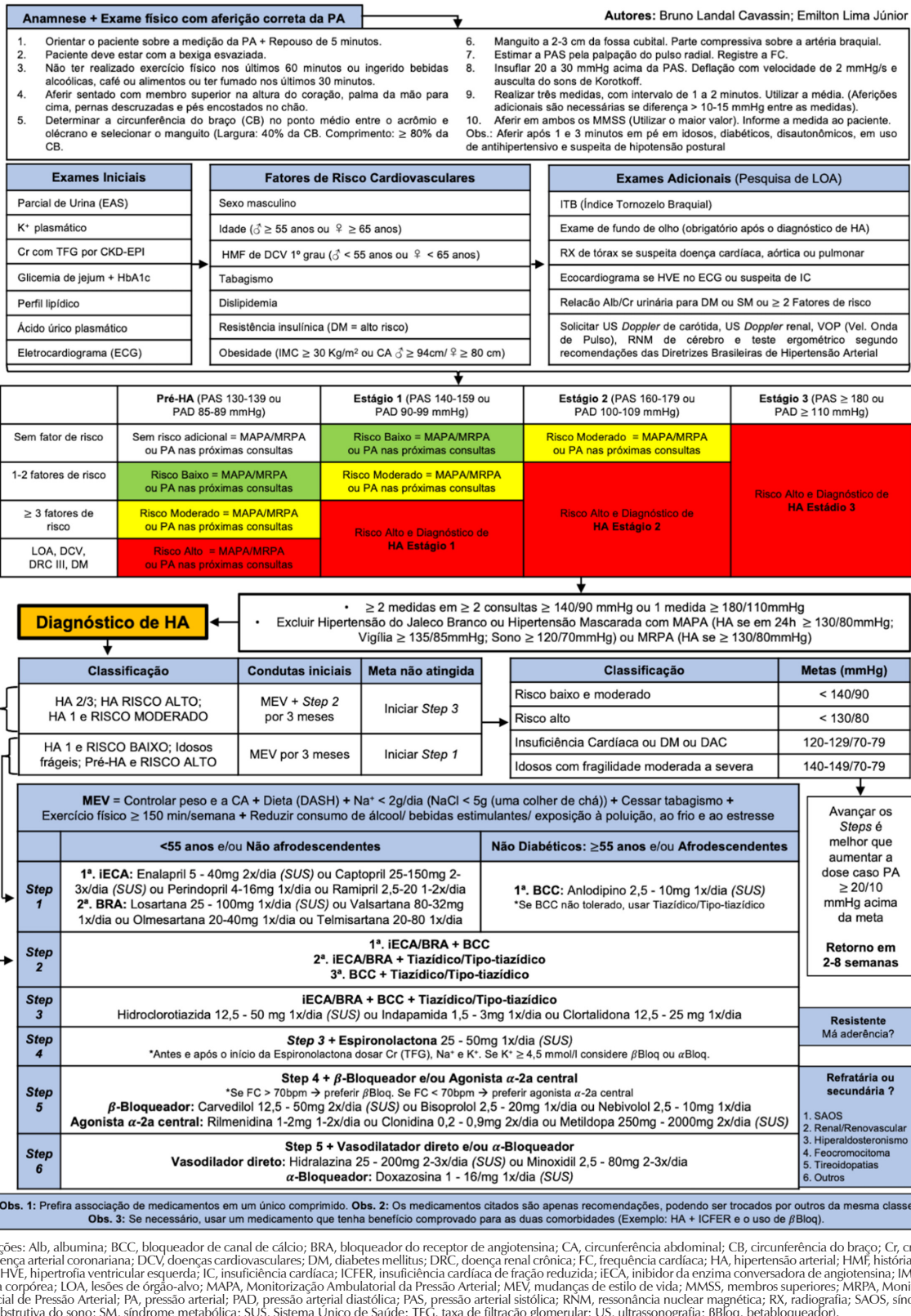


Figura 1. Fluxograma do diagnóstico ao tratamento da Hipertensão Arterial.¹⁻⁴

- death, 1980-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1151-1210. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9.
6. Nilson EAF, Santin Andrade R da C, de Brito DA, de Oliveira ML. Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal [Internet]*. 2020;44:1-7. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>
 7. Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, Ebert C, Zhumadilov Z, Wesseh CS, et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet*. 2019 Aug 24;394(10199):652-662. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30955-9.
 8. Siu AL. Screening for high blood pressure in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015 Nov 17;163(10):778-86. doi: 10.7326/M15-2223.
 9. Feitosa ADM, Mota-Gomes M, Passarelli O, Barroso WKS, Miranda RD, Barbosa ECD, et al. Tratamento Medicamentoso da Hipertensão: Do Trio de Ouro ao Octeto. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2020;115(2):270-2. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20190780>.