

COMENTÁRIO EDITORIAL

Diretrizes da hipertensão arterial

Heno Lopes*

A hipertensão arterial (HA), embora descrita como uma doença crônica em um grande número de textos no mundo inteiro, não preenche critérios para tal. Níveis elevados da pressão arterial (PA) representa apenas um sinal vital alterado de acordo com valores previamente estabelecidos para a população. Até onde sabemos a primeira medida de pressão foi realizada de forma direta pelo reverendo Stephen Hales, por volta de 1733. Para tal ele canulou a artéria de uma égua e percebeu a oscilação do sangue de acordo com os batimentos cardíacos.¹ A medida indireta da PA, como realizamos hoje, só foi possível na prática clínica a partir do desenvolvimento de aparelho por Scipione Riva-Rocci (1896), e pela descrição dos ruídos por Nicolai S. Korotkoff em 1905.²

Vale a pena salientar que mesmo antes da medida direta e indireta da pressão arterial o imperador Huang-Ti, há mais de 4000 anos atrás, já havia observado que as pessoas que comiam muito sal tinham as artérias mais duras e tinham a tendência a ter mais acidente vascular cerebral.³ Além do imperador chinês um grande número de observadores, baseado na palpação do pulso, caracterizou a hipertensão arterial (HA) como “hard pulse disease” por milhares de anos. Não podemos deixar de mencionar as observações feitas a respeito da PA em 1872 por Frederick Akbar Mahomed, a partir de um *Sphigmograph*. Ele fez importantes observações a respeito da HA e das suas implicações no nosso organismo a partir do formato da curva de pressão registrada no pulso radial.⁴ Apesar das sábias observações em relação à PA no decorrer da nossa história e do desenvolvimento de métodos que permitem a medida da pressão e caracterizar individualmente os valores de PA sistólica e diastólica de cada indivíduo, houve uma grande demora na interpretação dos valores da PA e a implicação desses na saúde do ser humano. Tanto é que até a década de 1967 ainda persistia a idéia de que a PA elevada era “essencial” ou seja, a elevação da PA é essencial para a manter a perfusão dos órgãos a

medida que a idade aumenta.⁵ Mas, a partir da década de 60 o mundo passou a enxergar os danos causados pela hipertensão e a necessidade do controle da mesma.

O Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents (The VA Cooperative Study) foi realizado na década de 1967 para esclarecer a dúvida se o tratamento da HA seria benéfico ou prejudicial para o paciente. O critério de inclusão nesse estudo randomizado, controlado com placebo, era uma PA diastólica entre 115-129 mmHg. Esse estudo pode ser considerado um marco no tratamento da HA e foi interrompido após 1 ano e meio pela grande diferença do número de eventos no grupo placebo vs. o tratado.⁶ No decorrer desses anos, após publicação do primeiro estudo VA, uma pergunta a ser respondida é: qual a meta da pressão arterial no paciente hipertenso?

Uma metanálise publicada por Lewington et al., envolvendo 61 estudos prospectivos e 1 milhão de pacientes, vem sendo citada em quase todas as diretrizes relacionadas ao diagnóstico e tratamento da hipertensão no mundo inteiro.⁷ Nessa meta-análise foi avaliada a relevância específica da PA usual, de acordo com a idade, na mortalidade decorrente da doença vascular. Ficou evidente que uma PA acima de 115/75 mmHg tem relevância na mortalidade por doença vascular em diferentes faixas etárias. A partir dessa informação surgem diferentes questionamentos: quanto mais baixa a pressão melhor? Qual o menor valor de pressão para pacientes hipertensos com comorbidades (diabetes, doença renal)? Qual a menor PA para pacientes com idade acima de 60 anos? Talvez ainda não tenhamos repostas para esses questionamentos. O oitavo Joint National Committee (JNC 8), um importante documento que teve como objetivo nos direcionar no manejo da hipertensão em adultos (idade acima 18 anos) foi publicado em 2014.⁸ Os dados publicados nessa revisão foram baseados em estudos randomizados controlados com pelo menos 100 pacientes, com acompanhamento de no mínimo 1 ano. Os estudos que

*Médico Assistente da Unidade de Hipertensão do InCor, Médico Responsável pelo Setor de Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial do InCor, Professor Livre Docente pela FMUSP.

foram incluídos na revisão teriam que contemplar pelo menos um dos seguintes desfechos no decorrer da intervenção: mortalidade geral, mortalidade por doença cardiovascular ou renal, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, internação por insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, revascularização do miocárdio, doença renal em estágio final, duplicação do valor de creatinina, redução da taxa de filtração glomerular (TFG) pela metade. A recomendação final desse documento é que a meta da pressão arterial para pacientes hipertensos com idade acima de 60 anos é <150/90 mmHg e para pacientes com idade menor que 60 anos <140/90 mmHg. Os autores concluem que os pacientes com 60 anos ou mais, em tratamento farmacológico para hipertensão, que atingirem PA sistólica menor que 150 mmHg e não apresentem efeitos adversos ou piora na qualidade de vida não necessitam de ajuste na medicação.

No estudo SPRINT,⁹ muito comentado atualmente, o controle intensivo da pressão arterial (PA sistólica <120 mmHg) resultou em menor taxa de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e menor mortalidade geral em pacientes com alto risco cardiovascular, não diabéticos. O grupo randomizado para controle intensivo da PA apresentou maior taxa de hipotensão, síncope, distúrbios eletrolíticos e insuficiência renal aguda. Houve piora da função glomerular (redução $\geq 30\%$ na TFG) em 127 pacientes no grupo com tratamento intensivo vs. 37 no grupo tratamento padrão. Devemos salientar que nesse estudo não foram incluídos pacientes hipertensos com diabetes. Em artigo publicado nesse número do *Journal of the American College of Cardiology* (pag. 3018-26), Bakris et al. (10) comparam as diretrizes para o diagnóstico, classificação e controle da HA do American College of Cardiology/American Heart Association vs. European Society of Cardiology/European Society of Hypertension. De acordo com as observações dos autores as diretrizes americanas e europeias concordam em relação aos métodos para a medida da PA (monitorização ambulatorial

e medida domiciliar), a restrição de betabloqueadores como medicação de primeira linha. A maior discordância das duas diretrizes é em relação aos níveis de pressão para definir hipertensão, a flexibilidade na identificação do nível de pressão para tratamento e quanto ao uso de combinação de fármacos no início do tratamento. Embora as duas diretrizes recomendem o uso de combinação no início do tratamento a europeia recomenda o uso em pacientes com PA $\geq 140/90$ mmHg e a americana recomenda o uso em pacientes com elevação de 20/10 mmHg acima da pressão alvo. O desacordo real entre as 2 diretrizes foi em relação a definição de hipertensão e o alvo terapêutico. A diretriz americana considera hipertenso qualquer indivíduo com PA >130/80 mmHg e a PA deve ser <130/80 mmHg para todos, enquanto a diretriz europeia considera como hipertenso aquele que tem PA >140/90 mmHg e o alvo terapêutico uma PA <140/90 mmHg.

Em conclusão, a hipertensão foi apontada como um fator de risco cardiovascular há mais de 4000 anos. A decisão em tratar a hipertensão foi há pouco mais de 50 anos atrás. De acordo com meta-análise envolvendo estudos prospectivos pressão usual >115/75 mmHg, de acordo com diferentes faixas etárias, tem impacto na mortalidade por doença vascular. O JNC 8, revisão da literatura de estudos randomizados controlados envolvendo pacientes com diabetes e outras comorbidades, sugere como meta uma PA <150/90 mmHg para pacientes com idade + 60 anos e PA <140/90 mmHg para pacientes com idade menor que 60 anos; ressaltando a ideia de que se a pressão sistólica for menor que valores sugeridos e o paciente não apresentar efeitos adversos ou piora da qualidade de vida não há necessidade de reduzir medicação. Por outro lado, a diretriz americana sugere uma redução da PA <130/80 mmHg para todos os pacientes e a diretriz europeia sugere redução para <140/90 mmHg. Entre JNC 8, diretriz americana e diretriz europeia seria mais prudente seguir o JNC onde o bom senso de acordo com cada paciente deve predominar.

REFERÊNCIAS

1. O'Brien E, Fitzgerald D. The history of BP measurement. *J Hum Hypertens*. 1994;8:73-84.
2. Huang, T., Ching, N. & Wen, S. *The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*. Translated by Veith, I, University of California Press, 1949.
3. O'Rourke, MF. Personal and Historical Perspectives. Frederick Akbar Mahomed. *Hypertension* 1992;19:212-217.
4. Saklayen MG and Deshpande NV. Timeline of History of Hypertension Treatment. *Frontiers in Cardiovascular Medicine* 2016; doi: 10.3389/fcvm.2016.00003.
5. Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *JAMA* 1967; 202(11):1028-34.
6. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. 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 Dec 14;360(9349):1903-13. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11911-8.
7. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, Mackenzie TD, Oggedegbe O, Smith Jr SC, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright Jr JT, Narva AS, Ortiz E. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.
8. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. The SPRINT Research Group*. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16. DOI: 10.1056/NEJMoal511939.
9. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines. *JACC* 2019; 73(23):3018-26. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.03.507.