

Hipertensão: agora 130x80 mmHg? Considerações sobre as novas metas pressóricas

A American Heart Association publicou em novembro de 2017 guidelines internacionais sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹ que atualizam versões prévias de 2003² e 2014³ (JNC7 e JNC8, respectivamente). Agora, indivíduos com níveis de pressão arterial (PA) $\geq 130 \times 80$ mmHg são classificados como hipertensos (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação de hipertensão arterial segundo novos guidelines.

| Categoria de PA | Sistólica | | Diastólica | Tratamento |
|------------------------|------------------|----|-------------------|--|
| Normal | < 120 mmHg | e | < 80 mmHg | Manutenção |
| Elevada | < 130 mmHg | e | < 80 mmHg | Modificações de Estilo de Vida (MEV) |
| Hipertensão grau 1 | 130-139 mmHg | ou | 80-89 mmHg | MEV se RCV < 10% Medicação se: •Prevenção secundária ou •Prevenção primária com RCV>10% |
| Hipertensão grau 2 | ≥ 140 mmHg | ou | ≥ 90 mmHg | MEV + Medicação (combinada se PAS/PAD $\geq 20/10$ mmHg do alvo) |

Nota: MEV = Modificação de Estilo de Vida; PA = Pressão Arterial; RCV = Risco Cardiovascular estimado pela Pooled Cohort Equation (<http://tools.acc.org/ASCVDRisk-Estimator>).

Adaptado de: Whelton PK, et al.¹

Nos Estados Unidos, essa nova definição elevaria a prevalência de HAS em adultos de 32% para 46%, com estimativa de 4,2 milhões de novos americanos apresentando possível indicação de terapia farmacológica.⁴ Associado a isso, os guidelines recomendam terapia inicial combinada (2 ou mais fármacos) para hipertensão grau 2 ($\geq 140 \times 90$ mmHg) com PAS/PAD $\geq 20/10$ mmHg acima da meta.

A repercussão sobre custos, recursos logísticos para adequação da atenção primária a essa demanda, validade do nível de corte de PA sistólica < 130 mmHg em melhorar desfechos e possibilidade de influência da indústria farmacêutica são pontos pertinentes que merecem discussão ao se pensar na incorporação de tais recomendações à nossa realidade.

A última Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial publicada em 2016⁵ conceitua HAS como condição clínica que apresenta elevação sustentada de níveis pressóricos maiores ou iguais a 140x90 mmHg. Com esse nível de corte temos, variando de acordo com a metodologia, até 32,5 % (36 milhões) de brasileiros adultos estimados como portadores de HAS e a prevalência de hipertensão vem aumentando nas séries históricas nacionais.^{5,6}

Nas melhores estimativas, dados nacionais mostram que somente 1 em cada 3 hipertensos consegue controlar a hipertensão arterial a níveis $\leq 140 \times 90$ mmHg⁶ e significativa parcela de hipertensos sequer tem conhecimento da sua condição. Não encontramos estimativas para prevalência populacional de HAS no Brasil com nível de corte $\geq 130 \times 80$ mmHg, ficando difícil estimar o impacto em programas nacionais como HIPERDIA.

Vale ressaltar que os novos guidelines não se restringiram à mudança de classificação pelos níveis pressóricos e consideramos duas recomendações muito bem-vindas: 1) avaliação do risco cardiovascular como estratégia para classificação de risco e intensificação terapêutica, o que pode individualizar um pouco mais o cuidado e priorizar a atenção, à semelhança do sugerido em recomendações para prevenção primária com uso de estatinas⁷ e ácido acetilsalicílico;⁸ 2) uso de mensuração domiciliar de PA com ênfase na calibração dos aparelhos.

As classes farmacológicas de primeira linha para tratamento de HAS continuam sendo os inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina (ECA), antagonistas do receptor de angiotensina, bloqueadores de canais de cálcio e diuréticos tiazídicos. Os beta bloqueadores não figuram como opções de primeira linha e devem ser utilizados, via de regra, quando há outra indicação associada.

As modificações de estilo de vida mais relevantes englobam a perda de peso para pacientes com sobrepeso ou obesidade, dieta hipossódica (preferencialmente DASH), suplementação de potássio (quando não haja contra-indicação), aumento de atividade física e redução da ingestão de álcool.

No final, o 130x80 mmHg é mais adequado? Seria o novo 140x90 mmHg?

Depende do paciente. Consideramos que para pacientes classificados como de extremo risco cardiovascular e que tolerem bem incrementos na medicação, uma PA alvo $\leq 130 \times 80$ mmHg seja tentadora e razoável de se buscar. Em contrapartida, para a maior parte dos pacientes de risco menor, provavelmente o velho 140x90 mmHg seja adequado, pelo menos até que tenhamos evidências contrárias mais robustas e adequadas à nossa realidade. Como diria o professor de terapia intensiva Dr. Albano “guidelines são linhas e não cercas”. Em suma, guideline nenhum deve sobrepujar o julgamento clínico!

REFERÊNCIAS

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*. 2017. doi: 10.1161/HYP.0000000000000666. [Epub ahead of print].
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. *Hypertension*. 2003;42(6):1206-52.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. *JAMA*. 2014;311(5):507-20.
4. Bakris G, Sorrentino M. Redefining hypertension - assessing the new blood-pressure guidelines. *N Engl J Med*. 2018;378(6):497-9.
5. Malachias MV. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):XV-XIX.
6. Lobo LA, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):e00035316.
7. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl. 2):S1-S45.
8. Bibbins-Domingo K; U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016;164(12):836-45.

Rainardo Antonio Puster¹. Gabriela Studart Galdino².

1 Médico, Especialista em Clínica Médica, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Preceptor e vice-supervisor do programa de residência em Clínica Médica do Hospital Universitário Walter Cantídio.

2 Médica, Mestre em Ciências Médicas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Como citar:

Puster RA, Galdino GS. Hipertensão: agora 130x80 mmhg? Considerações sobre as novas metas pressóricas. *Rev Med UFC*. 2018 jan-mar;58(1):6-7.