

VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL PARA O DIAGNÓSTICO E METAS: ANÁLISE CRÍTICA DAS DIRETRIZES MAIS RECENTES

THE VALUE OF ARTERIAL PRESSURE FOR DIAGNOSIS AND TARGETS: CRITICAL ANALYSIS OF THE MOST RECENT GUIDELINES

Resumo

Fernando Nobre

Hypertension Unit Coordinator
Clinical Hospital, São Paulo University
Medicine School Ribeirão Preto
Cardiology Service Coordinator, São
Francisco Hospital, Ribeirão Preto

O diagnóstico da hipertensão arterial sofreu mudanças com o advento das medidas de (PA) pressão arterial fora do consultório, quer por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial de 24 horas – MAPA, quer pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial – MRPA. Mais recentemente, dois novos tipos de comportamento foram individualizados e representados por: hipertensão do avental branco, quando os valores de PA são sistematicamente elevados nas medidas casuais e normais pela MAPA ou MRPA e normotensão do avental branco ou hipertensão mascarada quando o inverso ocorre qual seja, pressões arteriais sistematicamente normais no consultório com valores indubitavelmente anormais pelos métodos de medidas fora dele (MAPA ou MRPA). Este artigo discute as principais diretrizes de Hipertensão arterial publicadas pelas Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia e de Hipertensão – DBH VI, Sociedades Europeias de Cardiologia e Hipertensão, 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Eighth Joint National Committee (JNC 8), Sociedades Americana e Internacional de Hipertensão e CHEP – Canadian Hypertension Education Program Recommendations, pela suas relevâncias ao estabelecimento correto do diagnóstico e também para que se objetive o melhor nível de controle da pressão arterial com a finalidade de oferecer maiores benefícios aos pacientes sob tratamento.

Descritores: Hipertensão, Diagnóstico, Diretrizes de Hipertensão.

Abstract

The diagnosis of arterial hypertension has undergone changes, with the advent of blood pressure measurements outside the doctor's clinic, whether through 24-hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) or Home Blood Pressure Monitoring (HBPM). More recently, two types of behavior have been individualized and represented by: White coat Hypertension, where the AP values are systematically elevated in the causal and normal measurements for MAPA or MRPA, and White coat normotension, or masked Hypertension, where the inverse occurs, i.e. systematically normal arterial pressures are recorded in the clinic, with undoubtedly abnormal values by the measurement methods outside the clinic (MAPA or MRPA). This article discusses the main guidelines on arterial Hypertension published by the Brazilian Societies of Cardiology, Nephrology and Hypertension – DBH VI, the European Societies of Cardiology and Hypertension, 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Eighth Joint National Committee (JNC 8), American and International Societies of Hypertension, and the CHEP – Canadian Hypertension Education Program Recommendations, due to their importance for the correct establishment of the diagnosis, and also seeking to obtain the best level of blood pressure control, in order to offer greater benefits for patients undergoing treatment.

Descriptors: Hypertension, Diagnosis, Hypertension Guidelines.

Introdução

As principais diretrizes de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupam-se desse tema pela sua relevância quer para o estabelecimento correto do diagnóstico quer para que se objetive o melhor nível de controle da pressão arterial (PA) com a finalidade de oferecer benefícios aos pacientes sob tratamento.

Para atender a esse assunto foram discutidas as diretrizes de HAS publicadas pelas Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia e de Hipertensão – DBH VI¹, Sociedades Europeias de Cardiologia e Hipertensão², 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Eighth Joint National Committee (JNC 8)³ Sociedades Americana e Internacional de Hipertensão⁴ e CHEP – Canadian Hypertension Education Program Recommendations⁵.

Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica

O diagnóstico da HAS sofreu mudanças com o advento das medidas de PA fora do consultório, quer por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial de 24 horas – MAPA, quer pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial – MRPA.

Tanto a MAPA quanto a MRPA possibilitaram a definição de tipos de comportamento da pressão arterial que antes não eram conhecidos. Em passado não muito distante havia dois tipos de indivíduos que se comportavam quanto à PA em: hipertensos (quando apresentavam valores de PA $\geq 140 \times 90$ mm Hg, respectivamente para a PA Sistólica e Diastólica) ou normotensos se esses valores não eram atingidos pelas medidas casuais ou de consultório.

Mais recentemente, dois novos tipos de comportamento foram individualizados e representados por: hipertensão do avental branco, quando os valores de PA são sistematicamente elevados nas medidas casuais e normais pela MAPA ou MRPA e normotensão do avental branco ou hipertensão mascarada quando o inverso ocorre qual seja, pressões arteriais sistematicamente normais no consultório com valores indubitavelmente anormais pelos métodos de medidas fora dele (MAPA ou MRPA).

Esses comportamentos de PA têm prevalências variadas em estudos diversos e com os níveis de normalidade considerados para cada um dos métodos empregados, mas podem ser definidos de acordo com a figura 1.

Portanto, devemos, atualmente, considerar para fins de diagnóstico, esses quatro tipos de comportamento da pressão arterial.

A classificação da PA em adultos (> 18 anos) tendo como referência as medidas casuais é segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI¹ representada pelos valores que estão expressos na tabela 1.

Quando consideramos as diversas formas de medidas, incluindo MAPA e MRPA há algumas divergências sobre critérios de anormalidade a partir dos valores obtidos.

De modo geral, entretanto, parece haver consenso em se admitir como valores acima dos quais os comportamentos podem ser definidos como anormais, o que está expresso nas Diretrizes das Sociedades Europeias de Hipertensão e Cardiologia² (Tabela 2).

Para o diagnóstico da HAS, sem considerar os demais

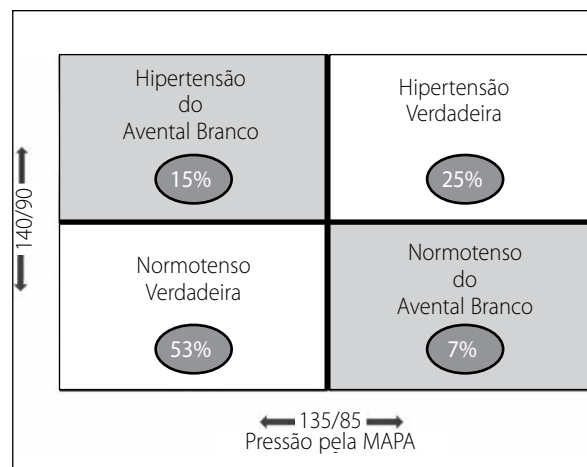


Figura 1. Diversos comportamentos da Pressão Arterial de acordo com o emprego das medidas de PA casuais ou de consultório ou MAPA. Os valores de normalidade para MAPA foram considerados $\geq 135 \times 85$ mm Hg no período de vigília⁶

Tabela 1. Classificação da Pressão Arterial para adultos (> 18 anos) tendo como referências as medidas casuais ou de consultório¹.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180 ,	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

*pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Tabela 2. Valores de normalidade para as medidas de pressão arterial obtidas no consultório; pela MAPA e pelas medidas residenciais (MRPA)²

Categoria	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA Casual	≥ 140	e / ou ≥ 90
MAPA		e / ou
Vigília	≥ 135	e / ou ≥ 85
Sono	≥ 120	e / ou ≥ 70
24 horas	≥ 130	e / ou ≥ 80
MRPA	≥ 135	e / ou ≥ 85

possíveis diagnósticos de Hipertensão do Avental Branco e Normotensão do Avental Branco ou Hipertensão Mascara-da, as DBH VI¹ e as Diretrizes das Sociedades Europeias de Hipertensão e Cardiologia² consideram que “HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde”.

Assim, a rigor, o método de medida casual ou de consultório ainda é o modelo de referência para o diagnóstico, não se podendo desprezar o papel relevante que tem as demais formas de avaliação como a MAPA e a MRPA.

Já foi proposta uma forma de aplicar cada um desses métodos de forma racional e que permita a sua utilização com critérios a bem da melhor condução dos pacientes sob investigação para diagnóstico (Figura 2).

Metas a serem alcançadas com o tratamento anti-hipertensivo

Feito o diagnóstico, o tratamento instituído deverá ser conduzido de forma a se estabelecer um alvo de PA que confira o melhor benefício ao paciente tratado.

Essa é uma área do conhecimento em HAS que tem merecido há muito, discussões não raramente acaloradas.

Um dos estudos que avaliou desfechos com níveis diversos de PA foi o *HOT Study*⁷ tendo demonstrado que para diferentes valores de pressão arterial alcançados os desfechos e a proteção cardiovascular foram também diferentes (Figura 3).

As DBH VI consideram que as metas a serem atingidas devem considerar os níveis de risco de cada população tratada em particular, além dos valores de PA estabelecendo (Tabela 3) que os indivíduos com risco cardiovascular baixo e médio classificados no estágio 1 (PA sistólica e diastólica, respectivamente, entre 140 – 149 x 90 – 99 mm Hg) ou estágio 2 (PA sistólica e diastólica, respectivamente, entre

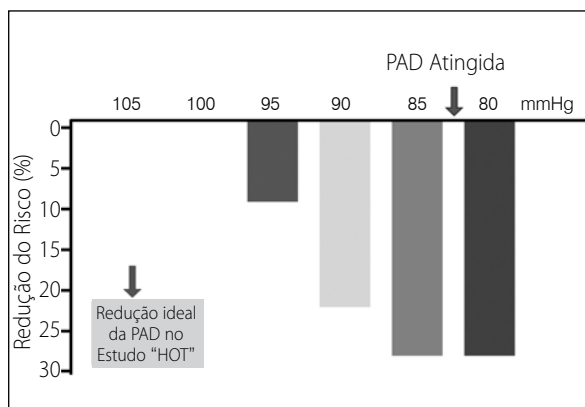


Figura 3. Redução do Risco Cardiovascular de acordo com o valor de Pressão Arterial atingido⁷.

Tabela 3. Metas ideais a serem atingidas em paciente tratados segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI – DBH VII

Categorias	Metas
Hipertensão Arterial estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140 x 90 mm Hg
Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, SM ou LOA. Hipertensos com DRC com proteinúria > 1 g/litro	130 x 80 mm Hg

DM = Diabetes Melito; SM = Síndrome Metabólica; LOA = Lesões de Órgãos-Alvo; DRC = Doença Renal Crônica

150 – 179 x 100 – 109 mm Hg) poderão ser beneficiados com valores de PA atingidos < 140 x 90 mm Hg.

Enquanto que os hipertensos em geral e aqueles com comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto ou muito alto ou com três ou mais fatores de risco associados ou ainda com Diabetes Melito, Síndrome Metabólica ou Lesões em Órgãos-Alvo; bem como aqueles com Doença Renal com perda protéica > 1 g por litro de urina deverão ter metas a serem atingidas iguais a 130 x 80 mm Hg.

O recém-publicado documento americano *Eighth Joint National Committee (JNC 8)*³ faz mais ampla análise e propõem algumas metas específicas, igualmente de acordo com situações e condições peculiares (Tabela 4) sugerindo, também, grupos de medicamentos mais apropriados a serem aplicados no tratamento inicial desses pacientes.

Considerações Finais

O diagnóstico da HAS, como de resto para todas as doenças em medicina, deve ser apropriadamente feito para que dois erros, igualmente deletérios, não sejam cometidos: deixar de tratar pessoas que se beneficiariam do tratamento instituído ou tratar outros que não teriam indicação para essa conduta.

O diagnóstico deve ser feito, basicamente, por meio das medidas casuais ou de consultório tendo-se, hoje, obrigatoriamente que considerar a utilização de métodos de avaliação da pressão arterial fora do consultório repre-

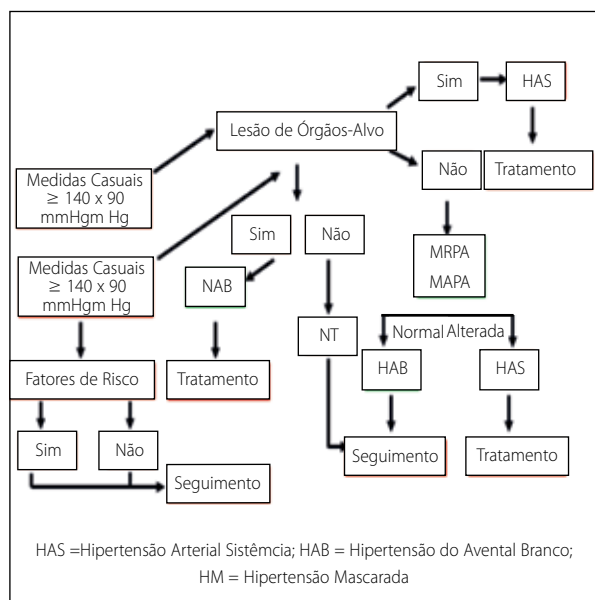


Figura 2. Sugestões para a utilização da MAPA e da MRPA para fins de diagnóstico dos vários tipos de comportamento da PA e tomada de decisão.

Tabela IV. Metas a serem atingidas de acordo com várias diretrizes de hipertensão, populações específicas e opções para a escolha das drogas iniciais (Modificadas do JNC VIII)³.

Diretriz	População	Metas	Opção de droga inicial
2014 <i>Hypertension Guideline</i>	Geral ≥ 60 anos	<150/90	Não negros: HCT, IECA, BRAII, ACC.
	Geral < 60 anos	<140/90	Negros: ACC, HCT.
	Diabetes	<140/90	HCT, IECA, BRA II, ACC
ESH/ESC 2013 ⁸	DRC	<140/90	IECA ou BRA II
	Geral não idosa	<140/90	BB, HCT, ACC, IECA, BRA II
	Geral idosos < 80 anos	<150/90	
	Geral ≥ 80 anos	<150/90	
	Diabetes	<140/85	IECA ou BRA II
	DRC sem proteinúria	<140/90	IECA ou BRA II
CHEP 2013 ⁹	DRC com proteinúria	<130/90	
	Geral < 80 anos	<140/90	HCT, BB (< 60 anos) IECA ou BRA II (não negros)
	Geral ≥ 80 anos	<150/90	
	Diabetes	<130/80	IECA ou BRA II com RCV adicional
ADA 2013 ¹⁰	DRC	<140/90	IECA ou BRA II
	Diabetes	<140/80	IECA ou BRA II
KDIGO 2012 ¹¹	DRC sem proteinúria	≤140/90	IECA ou BRA II
	DRC com proteinúria	≤130/80	
NICE 2011 ¹²	Geral < 80 anos	<140/90	< 55 anos: IECA ou BRA II
	Geral ≥ 80 anos	<150/90	< 55 anos: IECA ou BRA II
ISHIB 2010 ¹³	Negros (baixo risco)	<135/85	HCT ou ACC
	LOA ou risco CN	<130/80	

HCT = Hidroclortiazida; IECA = Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina; BRA II = Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II; ACC = Antagonistas dos Canais de Cálcio; BB = Beta-bloqueadores; DHP = Dihidropiridínicos; DRC = Doença Renal Crônica; LOA = Lesões de Órgãos-Alvo

sentados pela MAPA e pela MRPA (Figura 2).

As metas a serem atingidas para a melhor evolução dos pacientes sob tratamento devem considerar não só os valores de pressão arterial, mas o risco cardiovascular presente.

As tabelas 3 e 4 indicam esses valores definidos pelas DBH VI e no *Joint VIII* que analisam outras diretrizes relevan-

tes para chegar a valores de metas específicas.

Conflitos de interesse

O autor declara não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

Referências

- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. *Arq Bras Cardiol.* 2010 Jul;95(1 Suppl):1-51.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, et al; Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Blood Press.* 2014;23(1):3-16.
- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, et al. 2014 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):507-20.
- Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2014 Jan;32(1):3-15.
- Stern RH. Canadian Hypertension Education Program Recommendations. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2013;15(10):748-51.
- V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) *Arq Bras Cardiol* 2011;97(3, supl.3):1-24.
- Kjeldsen SE, Hedner T, Jamerson K, Julius S, Haley WE, Zbalgoitia M, Butt AR, Rahman SN, Hansson L. Hypertension optimal treatment (HOT) study: home blood pressure in treated hypertensive subjects. *Hypertension.* 1998;31(4):1014-20.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013;34(28):2159-219.
- Hypertension without compelling indications: 2013 CHEP recommendations. *Hypertension Canada website.* Acesso em 23/02/2015. Disponível em: <http://www.hypertension.ca/hypertension-without-compelling-indications>.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes Care.* 2013;36(suppl 1):S11-S66.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2012;2(5):337-414.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension (CG127). Acesso em 21/02/2015. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg127>.
- Flack JM, Sica DA, Bakris G, et al. International Society on Hypertension in Blacks. Management of high blood pressure in Blacks: an update of the International Society on Hypertension in Blacks consensus statement. *Hypertension.* 2010; 56(5): 780-800