



Porquê a Hipertensão Arterial?...

Sandra Quitério*

A Hipertensão é um importante problema de saúde pública, e representa um dos factores de risco mais relevantes na etiologia das doenças cérebro e cardiovasculares, que são a maior causa de morbilidade e mortalidade no nosso país. Em Portugal calcula-se que a prevalência da Hipertensão Arterial (HTA) na população adulta seja de 43% e que a taxa de controlo tensional não seja superior a 11%.¹ Em todo o Mundo, a HTA afecta cerca de 1 bilião de pessoas.²

Após a publicação das novas *Guidelines* da Sociedade Europeia de HTA (*European Society of Hypertension - ESH*) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (*European Society of Cardiology - ESC*),³ no intuito de fazer uma revisão de trabalhos publicados e de fornecer aos médicos normas de orientação claras e concisas, foram estabelecidos novos conceitos sobre a classificação e terapêutica da HTA.³ Apesar destas *Guidelines* poderem ser um novo guia orientador da nossa prática clínica, não nos podemos esquecer que em Portugal o documento que vigora sobre o *Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial* é a Circular Normativa nº2/DGCG de 31/03/2004 da DGS.⁴ Ainda a considerar existem as normas de orientação Americanas, JNC7 (*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*),² que não são actualizadas desde 2003. Estas três normas de orientação têm como principais diferenças a classificação da HTA, em que o JNC7 considera uma nova entidade – a pré-Hipertensão Arterial (120-139/80-89 mmHg) – em vez da HTA normal alta (130-139/85-89 mmHg) considerada pela Circular Normativa da DGS e pelas *Guidelines* Europeias, e o novo conceito de HTA de Grau 3 (> ou = 180/110 mmHg) apresentada nas *Guidelines* Europeias; o controlo da Pressão Arterial (PA), em que nas novas *Guidelines* Europeias se considera que não há valores de normalida-

de, mas sim uma pressão arterial alvo, que se avalia conforme os factores de risco associados; e a medicação com associações terapêuticas, em que se considera que, em casos de PA acima de 160/100 mmHg se deve iniciar tratamento com uma associação fixa, e que não se deve utilizar como primeira linha a associação de diuréticos tiazídicos com beta-bloqueantes.

Para avaliar os doentes com HTA devem-se considerar os estilos de vida e os factores de risco cardiovasculares que possam afectar a terapêutica e prognóstico do doente, possíveis causas secundárias de HTA e possíveis lesões ou não de órgãos-alvo. Para proceder a esta avaliação é necessária uma história clínica detalhada, um exame físico cuidadoso e exames complementares de diagnóstico.

Para melhor esclarecimento de alguns pontos práticos da medição da PA, consta deste *Dossier* um artigo sobre a *utilização da Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA) em Cuidados de Saúde Primários (CSP)*, no qual é efectuada uma breve revisão da literatura sobre a MAPA, as indicações para a sua utilização como auxiliar de diagnóstico e as suas vantagens no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. É concluído que constitui um meio de diagnóstico a utilizar, de modo a melhorar a avaliação do risco cardiovascular, como um meio para ajudar a diagnosticar a *hipertensão da bata branca* e a hipertensão mascarada, bem como avaliar o efectivo controlo da PA nos hipertensos diagnosticados.

Para além da MAPA devem-se considerar as medições no consultório e a auto-medição em ambulatório, fazendo-se esse controlo da pressão arterial através de aparelho aferido, com braçadeira adequada, com o doente sentado e em ambiente calmo. A auto-medição da PA pode beneficiar a informação sobre a resposta aos anti-hipertensores melhorando a adesão à terapêutica⁵ e a avaliação da HTA da *Bata Branca*. Dados recentes demonstraram que a medição da PA em casa se correlaciona mais fortemente com as lesões nos órgão-alvo

*Médica Interna de Medicina Geral e Familiar – CS Santarém



e as consequências a nível cardiovascular do que a medição da PA no consultório.⁶

A relação entre os valores de PA e o risco de eventos cardiovasculares é uma relação consistente e independente de outros factores de risco.² A agregação de factores de risco aumenta o risco global de um evento cardiovascular e quantos mais factores de risco estiverem presentes num indivíduo, mais difícil é alcançar os objectivos do tratamento. A decisão do início de tratamento deverá ser baseada nos valores de PA e nos factores de risco associados, como preconizada pelas *Guidelines Europeias*. No segundo artigo, sobre a *Avaliação do Risco Cardiovascular – Metodologias e suas aplicações na Prática Clínica*, fala-se da importância do cálculo do Risco Cardiovascular Global e da necessidade deste ser realizado regularmente e de forma dinâmica, sempre que haja alteração nos factores de risco presentes. As escalas de risco existentes, SCORE e Framingham, apesar de apresentarem limitações, são instrumentos valiosos na nossa prática clínica. O Médico deve sempre ponderar o seu valor, tendo em conta aspectos que não são considerados nas escalas, adequando as decisões a cada indivíduo.

Como algumas co-morbilidades condicionam a terapêutica e prognóstico da HTA, inclui-se também um artigo sobre *Terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos*, dado que constitui uma associação de patologias muito comum. Discute-se a dificuldade em controlar estes doentes, pois ambas agravam a deterioração da função renal e aumentam o risco cardiovascular, pretendendo obter-se valores cada vez mais reduzidos de PA. Deste modo, torna-se necessário recorrer à associação de fármacos de várias classes. Também se discutem os fármacos de primeira, segunda e terceira linha, e suas contra-indicações.

Por último, o artigo *A Hipertensão na Urgência* fala-nos do diagnóstico diferencial do termo «Crise Hipertensiva» considerando os diagnósticos de HTA não controlada, Urgência Hipertensiva e Emergência Hipertensiva.

Em resumo, a HTA é uma doença de carácter crónico, mantendo-se durante toda a vida. Com um tratamento adequado pode ser controlada, prevenindo ou retardando as suas consequências. A educação é a única forma de tornar o doente hipertenso activo na gestão do seu problema, a fim de adoptar uma prática correcta de auto-vigilância e de autocontrolo da sua doença.

Cabe-nos a nós médicos alertar os doentes para esta situação...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Rev Port Cardiol 2006 Jun; 25 (6): 649-660.
2. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7 Express). NIH Publication 2003. Disponível em: URL: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf> [acedido em 20/06/2008].
3. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2007 Jun; 28 (12): 1462-536.
4. Direcção Geral de Saúde. Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. Circular Normativa nº2/DGCG, de 31/03/2004.
5. American Heart Association. Home monitoring of high blood pressure. Disponível em: URL: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=576> [acedido em 20/06/2008].
6. Stergiou GS, Argyraki KK, Moysakis I, Masterantonakis SE, Achimastos AD, Karamanos VG, et al. Home blood pressure is as reliable as ambulatory blood pressure in predicting target-organ damage in hypertension. Am J Hypertens 2007 Jun; 20 (6): 616-21.