

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (PRESSÃO ALTA)**

Dr. Odi José Oleiniscki

Médico Cardiologista, CRM/SC 2269

Associação Médico Espírita de Santa Catarina – AME/SC

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante desafio aos médicos clínicos e cardiologistas não só pela sua alta prevalência e morbidade, mas pelo subdiagnóstico frequente, já que é essencialmente assintomática e o acesso da população (inclusive crianças) à medida da pressão arterial ainda está longe do ideal.

Cerca de 90 a 95% dos pacientes hipertensos são considerados portadores de hipertensão primária ou essencial, cujas causas precisas são desconhecidas. Em 5 a 10% dos casos, a hipertensão é secundária, ou seja, são identificadas doenças responsáveis por sua gênese.

Citamos como exemplos: doenças parenquimatosas renais, apneia obstrutiva do sono, hiperaldosteronismo primário, hipertensão renovascular (causas mais comuns) e feocromocitoma, doença de Cushing, hiperparatireoidismo primário, coarctação aorta, tumor intracraniano (causas menos comuns).

### **MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL**

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, classificam-se os níveis de PA conforme a Tabela abaixo.

<b>Classificação da PA</b>	<b>PA Sistólica</b>	<b>PA Diastólica</b>
<b>Ótima</b>	<b>&lt; 120mm Hg</b>	<b>e &lt; 80mm Hg</b>
<b>Normal</b>	<b>&lt; 130mm Hg</b>	<b>e &lt; 85mm Hg</b>
<b>Limítrofe (ou pré-hipertensão)</b>	<b>130 - 139mm Hg</b>	<b>ou 85 - 89mm Hg</b>
<b>HAS estágio 1</b>	<b>140 - 159mm Hg</b>	<b>ou 90 - 99mm Hg</b>
<b>HAS estágio 2</b>	<b>160 - 179mm Hg</b>	<b>ou 100 - 109mm Hg</b>
<b>HAS estágio 3</b>	<b>≥ 180mm Hg</b>	<b>ou ≥ 110mm Hg</b>
<b>Hipertensão Sistólica Isolada</b>	<b>&gt; 140mm Hg</b>	<b>e &lt; 90mm Hg</b>

A observação sistemática da sequência dos procedimentos durante a medida da PA evita erros diagnósticos. A medida da PA de forma indireta, com método auscultatório, utilizando-se esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio devidamente calibrado, ainda é considerado o método mais custo-efetivo. A medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a medida residencial da pressão arterial (MRPA) são ferramentas diagnósticas auxiliares de grande utilidade em situações específicas.

Mais recentemente, surgiu na literatura o conceito de pré-hipertensão, que corresponde à situação clínica da PA limítrofe. Ele foi introduzido como forma de alertar o médico para a promoção de modificações no estilo de vida, já que os dados da Coorte de Framingham mostraram que pacientes com esses níveis pressóricos têm uma incidência maior de doenças cardiovasculares no seguimento de 10 anos, em relação às pessoas com níveis pressóricos abaixo dos mencionados.

A Tabela abaixo mostra a técnica correta para aferição da PA.

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo.
3. Evitar bexiga cheia.
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes da aferição.
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes da aferição.
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito.
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
9. Solicitar ao paciente que não fale durante a medida.

## **TRATAMENTO DA HAS**

O controle da pressão arterial tem sido associado a reduções na incidência de acidente cerebrovascular (AVC) – 35 a 40%; infarto agudo do miocárdio (IAM) – 20 a 25%; e insuficiência cardíaca (IC) – 50%. O controle inadequado pode ser causado principalmente por não aderência às modificações no estilo de vida e/ou por doses inadequadas de anti-hipertensivos. O objetivo do controle da pressão arterial é reduzir a morbidade (o aparecimento de lesão) e a mortalidade (óbito) cardiovascular e renal.

## **ESCOLHA DO TRATAMENTO**

Para o início do tratamento medicamentoso, é importante considerar o risco cardiovascular associado ao paciente, a partir da avaliação do estágio da hipertensão, fatores de risco e doença clínica associada. Portanto, o médico assistente do paciente tem o dever técnico-científico, moral e ético de identificar o risco cardiovascular associado e iniciar o tratamento com anti-hipertensivos do tipo: diuréticos, beta-bloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou bloqueadores

do receptor AT1 da angiotensina II, em forma de monoterapia (uma só droga) ou em associações.

Importante ressaltar que o tratamento deva ser iniciado antes do desenvolvimento de dano cardiovascular significativo. Preconizam-se ainda medidas não farmacológicas do tipo: perda (redução) do peso, redução do consumo de sal, de gorduras saturadas e gordura trans, substituir doces e derivados de açúcar por frutas, limitar o consumo de bebidas alcoólicas, abandonar o tabagismo (vício de fumar), aumentar o consumo de verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Por fim, enfatiza-se a necessidade de atividade física, isotônica, dinâmica, tipo: caminhar, pedalar, marcha atlética, natação ou hidroginástica.

Publicado no Informativo Nosso Lar de dezembro de 2011