



ENSAIO

Como o novo *guideline* americano para o diagnóstico de hipertensão afetará a rotina médica?

How the new American guideline for diagnosis of hypertension will affect the physician routine?

Camila Maciel de Oliveira^{1,2,3}, Eli Basílio Alves dos Santos⁴, Beatriz Elizabeth Bagatin Veleza Bermudez¹, Lucille Ribeiro Ferreira⁵, Edison Almeida Tizzot¹, Carlos Alberto Mourão Júnior⁶

¹Departamento de Medicina Integrada da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

²Departamento de Clínica Médica, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

³Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, Estados Unidos

⁴Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, Minas Gerais, Brasil

⁵Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

⁶Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Impacto da hipertensão na doença cardiovascular

Sabemos que, desde que a hipertensão arterial foi descrita como um importante fator de risco cardiovascular, pesquisas sobre esta doença crônica não-transmissível têm sido um campo relevante para fisiologistas e farmacologistas. Apesar do desenvolvimento de diferentes classes de medicação, a hipertensão arterial continua sendo um desafio para médicos e epidemiologistas.¹⁻⁵ Adicionalmente, a doença cardiovascular (DCV) continua sendo um problema crítico de saúde pública associada a altas taxas de morbidade e mortalidade. Em consonância, numerosos estudos têm identificado a DCV como uma das prioridades para a melhoria da assistência em saúde, especialmente em países em desenvolvimento. Estudos consistentes têm sido baseados em análises epidemiológicas, os quais têm comprovado as hipóteses favoráveis à prevenção primária de DCV na redução dos custos imensos em saúde.

O que há de novo?

Na tentativa de alterar as taxas de morbimortalidade, em novembro de 2017, foi publicado o novo *guideline* pela American Heart Association sugerindo que o limite pressórico para o diagnóstico de hipertensão fosse de 130 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) (ao invés de 140 mmHg) e 80 mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD) (ao invés de 90 mmHg).⁶

Por outro lado, um artigo publicado no mesmo ano mostrou uma opinião particular sobre o mesmo assunto. Na tentativa de alterar as taxas de morbimortalidade, em novembro de 2017, foi publicado o novo *guideline* pela American Heart Association sugerindo que o limite pressórico para o diagnóstico de hipertensão fosse de 130 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) (ao invés de 140 mmHg) e 80 mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD) (ao invés de 90 mmHg).⁶ Por outro lado, um artigo publicado no mesmo ano mostrou uma opinião particular sobre o mesmo assunto. No estudo Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT), pacientes com hipertensão e alto risco para DCV tratados com controle intensivo da pressão arterial (PAS <120 mmHg) apresentaram menor incidência de eventos cardiovasculares maiores e morte. Porém, estes pacientes relataram mais eventos adversos sérios relacionados ao tratamento que aqueles indivíduos randomizados para o grupo controle (PAS <140 mmHg).⁷

O que nós podemos aprender a partir da experiência com o Diabetes mellitus?

Da mesma forma, dois estudos clínicos Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) e Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT) tinham sugerido a alteração do limite da Hemoglobina glicada (Hb A1c) para valores inferiores a 6,0% (quando o valor considerado ideal seria menor que 7%). No entanto, este estudo observou que a taxa de mortalidade total foi superior (22%) no grupo com tratamento intensivo, atribuída principalmente à mortalidade cardiovascular.⁸ Isto poderia ser explicado pelas taxas de hipoglicemia que foram três vezes superiores no grupo submetido ao tratamento intensivo.

Algum tempo após este estudo, consensos tanto da American Diabetes Association (ADA) quanto da European Association for the Study of Diabetes (EASD), sugeriram a individualização da terapia hipoglicêmica, o que levaria em conta alguns fatores de risco potencialmente associados à hipoglicemia e outros efeitos adversos, duração da doença, expectativa de vida, comorbidades importantes,

* Correspondência:

Camila Maciel de Oliveira
780 Boylston, Boston, Massachusetts, Estados Unidos
e-mail: camilamacieloliveira@gmail.com

complicações vasculares estabelecidas, além recursos e suporte (8). Então, decisões relacionadas ao tratamento deveriam ser conduzidas em co-criação com o paciente, refletindo suas preferências, necessidades e valores.

Qual o desafio?

Com certeza, a prevalência desta doença crônica não-transmissível mudará em decorrência da alteração

das regras que definem o diagnóstico.⁹ Este não é o maior problema. O principal problema é: estamos oferecendo qualidade de vida aos nossos pacientes tratando-os (todos!) da mesma maneira? Resumindo, não é uma tarefa fácil definir os objetivos para o tratamento da hipertensão.

Aguardaremos sugestões da Sociedade Brasileira de Hipertensão para adotarmos (ou não) os valores sugeridos pela American Heart Association.

Referências

1. Balakrishnan P, Beaty T, Young JH, Colantuoni E, Matsushita K. Methods to estimate underlying blood pressure: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *PLoS One*. 2017;12(7):e0179234.
2. Cushman WC, Grimm RH, Jr., Cutler JA, Evans GW, Capes S, Corson MA, et al. Rationale and design for the blood pressure intervention of the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. *Am J Cardiol*. 2007;99(12A):44i-55i.
3. Dungan K, Craven TE, Soe K, Wright JT, Jr., Basile J, Haley WE, et al. Influence of Metabolic Syndrome and Race on the Relationship between Intensive Blood Pressure Control and Cardiovascular Outcomes in the SPRINT Cohort. *Diabetes Obes Metab*. 2017.
4. Ko MJ, Jo AJ, Park CM, Kim HJ, Kim YJ, Park DW. Level of Blood Pressure Control and Cardiovascular Events: SPRINT Criteria Versus the 2014 Hypertension Recommendations. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(24):2821-31.
5. Luscher TF, Sudano I. SPRINT: the race for optimal blood pressure control. *Eur Heart J*. 2016;37(12):937-41.
6. 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: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017.
7. Patel KK, Arnold SV, Chan PS, Tang Y, Pokharel Y, Jones PG, et al. Personalizing the Intensity of Blood Pressure Control: Modeling the Heterogeneity of Risks and Benefits From SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2017;10(4).
8. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(1):140-9.
9. Naylor M, Duncan MS, Musani SK, Xanthakis V, LaValley MP, Larson MG, et al. Incidence of cardiovascular disease in individuals affected by recent changes to US blood pressure treatment guidelines. *J Hypertens*. 2017.