



Hipertensão arterial – Atualização curricular

1- A importância da abordagem não farmacológica na redução da pressão arterial

Dr. Paulo César Jardim começou mostrando o efeito da terapia anti-hipertensiva na redução de eventos. Uma redução de 5-6mmHg na PAD diminui em 42% a incidência de AVE e de 14% em DAC. Mostrou um novo paradigma, relatando que os valores numéricos são apenas a “ponta do iceberg” e que a presença de fatores de risco mais lesões em órgãos alvo são fundamentais para as doenças cardiovasculares.

Enfatizou a modificação do estilo de vida (MEV), a diminuição da PA individualmente, a diminuição na necessidade de drogas e maximizar efeitos, atuar sobre fatores de risco e prevenção primária de HAS nas doenças associadas.

Quanto a MEV ressaltou a diminuição na ingestão de sal, diminuição no peso, interromper tabagismo, fazer atividade física regular, controle da dislipidemia, diminuição do consumo de álcool, aumento na ingestão de fibras, controle dos níveis glicêmicos, medidas antiestresse e evitar drogas que aumentem os níveis tensionais. Estas modificações são recomendadas para todas as pessoas independentes de serem hipertensas.

Sal x HAS:

A ingestão aumentada de sal causa hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE), diminui elasticidade dos vasos, aumenta risco de AVE, aumenta incidência de glomeruloesclerose, aumenta proteinúria, aumenta PA com a idade e diminui os efeitos antihipertensivos de fármacos.

A diminuição da ingestão de sal para 4,7 a 5,8g/dia diminui a PAS em 4-6mmHg.

75% do sal da dieta provém de alimentos industrializados.

Algumas dicas para orientar aos pacientes: evitar enlatados, conservas e embutidos, defumados, saleiros na mesa. Foi enfatizado o incentivo a ingestão de alimentos naturais e pouco sal no preparo dos alimentos.

Peso X HAS:

A diminuição de 4,5Kg diminui a PA em média 5,4/2,4 mmHg, diminui colesterol, diminui resistência a insulina, diminui atividade da renina, diminui débito cardíaco. A diminuição de 4,5Kg tem efeito semelhante ao uso de atenolol ou clortalidona isolados.

Algumas dicas para o manejo da obesidade: identificar através do IMC o peso adequado do paciente, identificar com o paciente a sua

dieta real, traçar objetivos de peso e prazos com o paciente, dar suporte psicológico e discutir com o paciente eventual uso de drogas.

Tabagismo:

O tabagismo é a maior causa de morte modificável. Apesar de não possuir uma relação direta com a HAS, é recomendado a sua interrupção. Sabe-se que a maneira mais eficaz do abandono é o aconselhamento do médico, porém dados mostram que apenas 30% dos médicos o fazem. A interrupção súbita é o modo de maior sucesso, quanto mais tentativas o paciente já teve de interromper maior será a chance de sucesso. O uso de substitutos de nicotinas podem ser usados eventualmente.

Atividade física regular x HAS:

Sabe-se que os sedentários tem maior risco de morte por doença cardiovascular. Recomenda-se caminhadas rápidas e confortáveis, qualquer atividade aeróbica é útil, atividades isométricas não são benéficas. A frequência cardíaca para os exercícios é de 60-80% da FCM (220-idade).

Dislipidemia:

Deve-se normalizar o peso, aumentar ingestão de fibras, diminuição da ingestão de álcool, aumento da atividade física. Evitar leite integral e derivados, carnes vermelhas (gordas), gema de ovo, frituras, frutos do mar, miúdos e embutidos.

Álcool x HAS:

A ingestão aumentada de álcool é fator de risco para HAS, aumento da resistência ao tratamento anti-hipertensivo e aumenta o risco de AVE. Os limites para a ingestão de álcool são 30 ml de etanol (720ml de cerveja, 300ml de vinho e 60 ml de destilados), importante ressaltar que para as mulheres a dose é a metade.

Finalizou a palestra ressaltando que o processo de MEV é lento e deve dar ao paciente conhecimento básico, habilidade prática e atitudes firmes.

2- Maximizando o benefício do tratamento da hipertensão arterial

Dr. Sérgio Kaiser começou mostrando dados do NHANES III, onde menos de 30% dos pacientes tinham a sua PA controlada. Dados da Austrália mostram que as mulheres têm índices de controle da PA semelhantes ao do Zaire (em torno de 5%). No Brasil, apesar de não existirem dados consistentes sabe-se que o controle da PA é inferior aos dados do NHANES.

Citou diversas razões para o não controle da PA:

Não observância a terapia não farmacológica:

Estudos sobre efeitos do treinamento anaeróbico sobre a PAS mostram que em hipertensos há uma diminuição de 11mmHg, já nos pacientes normotensos o efeito não foi significativo.

Em uma metaanálise dos principais estudos sobre o efeito da diminuição da ingesta de sal mostrou que é mais expressivo em hipertensos idosos e um menor efeito em hipertensos jovens.

A modificação na dieta produz efeitos modestos e não se sabe se são persistentes.

Citou o estudo TONE que avaliou a diminuição de peso e diminuição na ingesta de sal nos pacientes que pararam com terapia farmacológica, verificando que após 30 meses da interrupção, 40% destes pacientes necessitaram retorno a terapia farmacológica.

No estudo Nurses Healthy Study sobre prevenção primária em eventos vasculares. Neste estudo foi verificado que pacientes com 5 baixos fatores de risco (não fumar, consumo moderado de álcool, atividade física, IMC<25 e dieta saudável) que correspondiam a somente 3,1% dos pacientes do estudo foi verificado uma diminuição de 80% no risco de DAC e AVE. E foi verificado que quanto menos baixos fatores de risco, maior propensão a eventos.

Subtratamento:

A terapia anti-hipertensiva em idosos diminui eventos fatais e não fatais, porém os idosos são subtratados, devendo esta classe receber maior atenção devido a perspectiva de aumento na expectativa de vida.

Comorbidades e Polifarmácia:

Existe uma discrepância entre o prescrito e o fármaco efetivamente tomado. Em estudo mostrado foi visto uma discrepância de 76% e que 29% dos pacientes não estavam tomando e 20% não ingeriam pelo menos um dos fármacos prescritos. Os fatores associados a esta situação são mais de um médico responsável sobre o paciente, maior número de medicamentos prescritos.

Comunicação:

A introdução de programas educativos melhora a adesão e diminui a mortalidade. Foi ressaltado que há muito poucos estudos sobre a não aderência ao tratamento. Mostrou 6 estudos, onde apenas 3 deles mostrava modificação na observância e somente 1 modificou desfechos.

Escolha inadequada da terapia ou insistência na monoterapia:

A tendência é que os pacientes necessitem cada vez mais de drogas com o passar do tempo. Estudos com pacientes recebendo monoterapia, mostraram que o diltiazem em doses máximas

conseguia controlar a PA em 66% dos pacientes, mas os dados gerais mostram que pouco mais da metade são controlados com monoterapia e que a troca por um outro fármaco não é efetiva e sim a associação seria considerada, pois o efeito da combinação nesta condição é superior.

Foi ressaltado também o efeito tóxico das drogas em monoterapia e que a associação diminui estes efeitos.

Conformidade do médico com objetivos fora das diretrizes:

O estudo UKPDS mostrou que os hipertensos diabéticos que controlaram a PA em níveis inferiores a 120/80 tem melhor controle na diminuição de eventos e sabedores destes valores deve-se buscar sempre o melhor controle.

Inadequação de doses ou posologia antihipertensiva:

O estudo LIVE avaliou o uso de indapamida versus enalapril. Avaliaram 411 pacientes em 9 meses de seguimento, verificando que o efeito sobre a PA foi semelhante nos dois grupos, porém, foi visto uma regressão maior da HVE no grupo indapamida. Este fato explicou-se pelo fato de os pacientes receberem enalapril 20mg em dose única diária não mantendo assim os efeitos do controle da PA em 24 horas, ao contrário da indapamida, mostrando o benefício do controle da PA por 24 horas.

Finalizou a palestra mostrando as estratégias para o controle da PA: motivação do paciente, estímulo a equipes multidisciplinares, disseminação de diretrizes para os médicos, individualização da terapia, uso de terapia em combinação, pesquisa de novos fármacos, programas de fonecimento gratuito de medicação e estímulo a prevenção primária na infância e adolescência.

3 – Impacto das diretrizes em hipertensão arterial na prática médica:

Dr. Wille Oigman começou a palestra mostrando que antes do advento do tratamento antihipertensivo maciço, na década de 70, já notava-se uma diminuição na taxa de eventos de AVE, provavelmente secundário ao advento da geladeira (a partir daí uso de sal diminuiu)e da retirada do chumbo da gasolina (responsável pelo aumento da PA).

A taxa de mortalidade cardiovascular no EUA vem aumentando, provavelmente secundário ao aumento da população idosa.

Foi mostrado a efetividade do controle da PA em alguns países: EUA 27%, Canadá 22%, Inglaterra 6%, França 24%.

O manuseio da HAS tem inconsistência em 3 tópicos: Qual o limiar para a intervenção (140/90?), Qual a droga de primeira escolha e quais os objetivos numéricos da terapêutica.

Sabe-se que 25% da população com idade superior a 18 anos tem PAD>90mmHg e que se os valores para tratamento fossem

diminuídos haveria um grande número adicionais de pacientes a serem tratados.

Foi mostrado trabalho que a maioria dos indivíduos que tiveram AVE possuíam PAD de 86mmHg. A diminuição de 3mmHg na PAD mostrou uma diminuição em torno de 22-29% na taxa de AVE.

Foi falado sobre os estudos clínicos, mostrando que atualmente cerca de 105000 pacientes estão nestes estudos e que a maioria são hipertensos de alto risco, ie, com grande chance de complicação a curto prazo e eles procuram mostrar que a terapia anti-hipertensiva em alto risco é efetiva.

Foi comentado sobre o grande aumento no número de fármacos que existem a disposição, mais de 80 para o tratamento anti-hipertensivo.

Citou as indicações e contra-indicações especiais do VI joint.

Alguns aspectos do HOT study foi discutido. Foi visto que a PAD que mostrou menor taxa de eventos foi de 83mmHg, mostrando uma redução adicional de 30% nas complicações. Foi visto a observância ao tratamento. No início do estudo havia 59% dos pacientes em monoterapia e no final do estudo apenas 32% mantinham-se com apenas 1 fármaco. Foi visto que os menores níveis diastólicos estavam nos pacientes que estavam sob terapia combinada.

Por fim citou o estudo UKPDS, mostrando que o controle efetivo da PA teve maior impacto que o controle da glicemia.