

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Carolina G. Rocha*, Mariana M. O. Guedes*, Mateus S. P. de Campos*, Christiane Marize G. Rocha[†].

* Acadêmicos do 6º período de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte Uni-BH

† Professora de disciplina Semântica Médica III do Centro Universitário de Belo Horizonte Uni-BH, pediatra na PBH e no Centrare (Hospital da Baleia – BH), cardiologista e ecocardiografista pelo Hospital Vera Cruz - BH, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente com ênfase em fissuras de lábio e palato pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Palavras-chave: hipertensão, semiologia, criança, pressão arterial.

INTRODUÇÃO: Hipertensão arterial (HA) representa um aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica. Ela pode ser dividida em HA primária ou HA secundária. Na secundária, ao contrário da primária, são identificadas as causas responsáveis pela gênese da hipertensão. A HA é classificada de acordo com sua graduação, dos menores para os maiores valores de pressão arterial (PA) sistólica e diastólica, em ótima, normal, limítrofe, estágio 1, 2 e 3, e hipertensão sistólica isolada, de acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

OBJETIVO: Realizar uma revisão sistemática de literatura sobre hipertensão arterial.

METODOLOGIA: Para essa revisão foram utilizadas as bases de dados Bireme e Lilacs para a pesquisa de artigos entre o período de 1977 a 2009. Foram, também, utilizados livros de referência em semiologia, pediatria, ginecologia e cardiologia, além dos sites da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Ministério da Saúde. Os critérios utilizados para a escolha do material foram a relevância histórica e a atualidade dos mesmos.

DISCUSSÃO:

Anamnese: Na identificação, os dados importantes são: sexo, idade, condições socioeconômicas e raça. Muitos pacientes são assintomáticos. Nos sintomáticos, a principal queixa é a cefaléia pulsátil, matutina, na região occipital. Sintomas como dispnéia e edema são mais frequentes em casos de disfunção renal e cardíaca, mas também são comumente relatados na clínica, sendo que a dispnéia é predominantemente paroxística noturna e de esforço. A anamnese especial é importante principalmente na hipertensão secundária. Pode haver queixa de zumbidos, perda da acuidade visual, vertigem, nervosismo e noctúria. A história progressiva identifica doenças comumente relacionadas com HA secundárias. Uso de medicamentos deve ser investigado. Ainda é importante pesquisar outras medidas alteradas de PA e se essas alterações foram episódicas ou contínuas. A história

familiar pesquisa-se recorrência de HA, comorbidades e mortes prematuras e súbitas. Na história psicossocial (HPS), são fatores de risco: stress, ansiedade, pânico, dieta hiperlipídica e rica em sódio, obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo.

Exame Físico: À ectoscopia e inspeção, o paciente pode apresentar palidez de pele e mucosas, fâcies cushingóide e edema. A determinação do IMC avalia a presença ou não de fator de risco para a HA. Além dessas medidas é importante avaliar a frequência cardíaca e aferir a pressão arterial PA. A medida da PA deve ser realizada 5 minutos após repouso do paciente, em ambiente tranquilo. O paciente não pode ter fumado ou bebido café 30 minutos antes. O manguito deve ser adequado ao tamanho do braço do paciente, de largura correspondente a 40% da circunferência do braço e seu comprimento deve envolver pelo menos 80% do mesmo. A margem distal da bolsa deve estar 2 cm acima da fossa cubital. Realizar método palpatório para aferir pressão sistólica, seguido de método auscultatório com insuflação acrescida de 20-30 mmHg do valor estimado no método anterior. O diafragma do estetoscópio deve ser colocado com pouca pressão sobre a artéria braquial com o cuidado de não colocá-lo sob a bolsa do manguito. Manter o braço na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido. Registrar os valores sem arredondamentos. Existem particularidades acerca da aferição da PA em crianças e gestantes. Deve ser feita a palpação do ictus e dos pulsos arteriais. Na ausculta devem ser avaliados ritmo e fonese das bulhas, além da presença de bulhas extras e sopros. Alterações em pulmões, abdome e olhos devem ser pesquisadas pela alta prevalência de lesões.

Propedêutica: Alguns exames complementares podem ser solicitados para avaliar a causa e a gravidade, o grau de HA e identificar fatores de risco. MRPA e MAPA são métodos simples, eficazes e pouco dispendiosos. Indicados na investigação de suspeita de hipertensão do avental branco e na avaliação da terapêutica anti-hipertensiva.

Terapêutica: O objetivo do tratamento é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. A decisão terapêutica deve levar em conta os níveis de pressão arterial e os fatores a ela associados, podendo ser farmacológico, não-farmacológico ou uma associação dos dois.

CONCLUSÃO: A identificação da HA é sub ou superestimada devido à falhas nos métodos semiológicos, gerando excesso de custos com exames complementares.

REFERÊNCIAS:

1. Lopes EF e Drager LF. *Hipertensão Arterial*. In: Lopes AC. *Tratado de Clínica Médica*. 2 ed. v.1, p. 651-66, São Paulo: Roca, 2009.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. SBC/SBH/SBN, São Paulo, fev 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. MS/SAS/DAB, Brasília, 2006.
4. López, M. *Avaliação Clínica do Sistema Cardiovascular*. In: López M. e Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: as bases do diagnóstico clínico*. 5 ed, p. 247-72, Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
5. López, M. *Pressão Arterial*. In: López M. e Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: as bases do diagnóstico clínico*. 5 ed, p. 278-310, Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
6. Corrêa MD. *Doença hipertensiva específica da gravidez – DHEG*. In: Corrêa MD. *Noções práticas de obstetrícia*. 9 ed, p. 205-18, Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda, 1983.
7. Sharma A e Sinaiko AR. Systemic hypertension. In: Moss AJ e Adams FH. *Heart disease in infants, children and adolescents, including the fetus and young adult*. 5 ed. v. 2, p. 1641-58, Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
8. Park MK, Menard SW e Yuan C. Comparison of auscultatory and oscillometric blood pressures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:50-53.
9. Pickering TG. Principles and techniques of blood pressure measurement. *Cardiol Clin* 2002; 20: 207–223.
10. Chobanian AV. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206–1252.
11. Wolff T e Miller T. Evidence for the Reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation on Screening for High Blood Pressure. *Ann Intern Med*. 2007;147:787-791.