

# ASPECTOS PRÁTICOS NA ABORDAGEM AMBULATORIAL DO PACIENTE HIPERTENSO

Dr. Maurício Wajngarten

A constatação do valor da pressão arterial em um indivíduo é fato extremamente simples, mas sua interpretação, bem como as condutas médicas que o podem alterar constituem extensos campos de discussão.

Por ser a hipertensão arterial extremamente comum e causa direta ou indireta de complicações com elevados índices de morbidade e mortalidade, é obrigatório que todo o médico e, em especial, o generalista, saiba abordar o paciente hipertenso.

Iremos aqui subdividir essa abordagem em diagnóstico e tratamento de maneira a transformá-la num roteiro prático.

## DIAGNÓSTICO

O médico poderá confirmar uma hipertensão arterial em um indivíduo que o tenha procurado especificamente pelo problema de "pressão alta", ou constará-la em um paciente que a desconheça ou a negligencie, ao ser consultado por qualquer outra razão.

O conceito mais importante é o de normalidade de pressão. A pressão arterial apresenta grande variabilidade e, desta maneira, dependendo da situação em que for medida, terá diferentes limites de normalidade. A pressão causal é aquela tomada sem qualquer preparo, utilizada em inquéritos epidemiológicos, tendo como limite os valores de 160 x 95 mmHg. Para a interpretação, porém, da pressão arterial para cada paciente individualmente, importa a aplicação da classificação clínica (quadro 1), que considera outros dados clínicos além da pressão arterial. Esta pressão deve ser medida em posição deitada, em ambiente calmo, após espera de 5 a 10 minutos e é denominada pressão "quase basal".

Nas populações aculturadas, observa-se uma elevação "normal" dos níveis pressóricos com a idade e pode-se considerar os limites de normalidade de 160 x 90 mmHg.

A propedêutica dirigida da hipertensão arterial tem como objetivos:

1. identificação etiológica.
2. avaliação do estado funcional dos "órgãos-alvos"
3. escolha da orientação.

## I) Identificação etiológica

O quadro 2 mostra as principais causas etiológicas de hipertensão arterial. É fundamental o fato de que, em adultos, cerca de 90% dos casos não têm causa conhecida, caracterizando a hipertensão arterial primária ou essencial, o que indica a maior importância prática dos outros 2 objetivos. Há, porém, hipertensões secundárias de fácil reconhecimento, como da coartação da aorta, em nefropatias, ou por utilização de drogas com anticonceptivos orais.

## II) Avaliação do estado funcional dos "órgãos-alvos"

No quadro 1, observa-se que a hipertensão pode ser complicada ou não complicada, dependendo da recuperação sobre os órgãos-alvos: artérias, coração, cérebro e rins. Este comprometimento implicará diretamente na orientação terapêutica e no prognóstico.

## III) Escolha da orientação

A propedêutica fornece dados que permitem a melhor orientação terapêutica evitando-se, assim, causas de iatrogenia.

O quadro 3 esquematiza a orientação em função da idade e da pressão arterial.

## ROTEIRO DIAGNÓSTICO DIRIGIDO À HIPERTENSÃO ARTERIAL

### Idade

Jovens: maior probabilidade de HA secundária.

Abaixo de 40 anos; maior probabilidade hiper-reninemia.

### História da moléstia atual

— Rápida velocidade de instalação: maior probabilidade de HA secundária.

— Crises hipertensivas: feocromocitoma em 50% dos casos.

— Oligossintomática: mais provável HA primária.

— Cefaléia: relaciona-se aos níveis de PA.

— Tonturas por hipotensão postural: uso de drogas, idosos, feocromocitoma, hiperaldosteronismo; por alterações do SNC.

— Câimbras: hipopotassemia por drogas, nefropatia, hiperaldosteronismo, feocromocitoma.

— Poliúria e/ou disúria: nefropatias, uropatias.

— Alterações visuais: retinopatia.

● Mestre em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS**

— Avaliação dos órgãos-alvos: SNC, coração e vasos.  
 — Investigação de outros problemas que podem interferir no tratamento: asma (bloqueadores beta), diabetes, gota (diuréticos) etc.

**ANTECEDENTES**

Especialmente os nefrológicos, por serem as causas mais frequentes de HA secundária.

**HÁBITOS E CONDIÇÕES DE VIDA**

Consumo de sal, fumo, álcool, alcaçus (hipertensores)  
 Utilização de medicamentos, especialmente anticoncepcionais orais. "Stress" e sedentarismo (hipertensores).

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Hipertensão frequente na família aumenta a probabilidade de HA primária. Verificação de risco cardiovascular na família.

**EXAME FÍSICO**

Pressão arterial nos 4 membros com valores desiguais: coartação, aterosclerose, artrites (Takayasu) e aneurisma dissecante.  
 Pressão arterial em 3 posições com intervalos de 3 a 5 minutos:  
**Hipotensão postural:** idosos, drogas, hiperaldosteronismo e feocromocitoma (adrenalina).  
**Hipertensão postural:** hiperatividade, feocromocitoma e ptose renal.  
 Fundoscopia — Vide quadro 1.  
 Palpação do abdômen: aumentos reais (rim policístico), tumores, Giordano + (infecção renal).  
 Ausculta abdominal: vasculopatia renal ou aórtica.

**Exames laboratoriais**

— Primeiro escalão  
 Contagem global, hematócrito, glicose, uréia, creatina, ácido úrico, colesterol, triglicérides, Na+, K+, urina I com sedimento quantitativo.  
 Radiografia de tórax  
 Eletrocardiograma

— Segundo escalão

Quando:  
 a. As evidências clínicas exijam suspeita de nefropatia ou de doença vascular renal;  
 b. O paciente for muito jovem;  
 c. A HA for severa e rebelde a tratamento adequado.  
 Cultura de urina, urografia, "clearance" de creatinina.

— Terceiro escalão

Para confirmação de forte suspeita diagnóstica.  
 Arteriografia renal com determinação de renina plasmática; hipertensão renovascular, malformações vasculares, exclusões renais, tumores e cistos renais, rins ectópicos e fístulas.  
 Biópsia renal; nefropatias.  
 Exames específicos: VMA, hormônios (hipertensões endócrinas), ecocardiograma: hipertrofia e/ou dilatação.  
 ECG de esforço: avaliação da pressão e insuficiência coronariana.

**TRAMENTOS**

O tratamento da HA é de fundamental importância, pois desde que eficiente, diminui o risco de mortalidade e morbidade. Seu objetivo é a redução da pressão a níveis normais.  
 O tratamento compreende:  
 a. Medidas higiênico-dietéticas  
 b. Medicamentos  
 c. Cirurgia.

**Roteiro para o tratamento da hipertensão arterial**

a. Medidas higiênico dietéticas  
 suspensão de medicações hipertensoras,  
 diminuição da ingestão calórica e salina redução de fatores causadores de "stress" redução do fumo.  
 b. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial  
 O objetivo do tratamento é a redução da pressão arterial a níveis normais. Nos indivíduos idosos, medidas de 160 x 90 mmHg são aceitáveis. A rapidez desta redução deve ser grande nos casos de emergência hipertensiva (vide quadro Princípios Gerais de Tratamento), sendo que apenas a constatação de níveis pressóricos muito elevados não caracteriza essa situação.

Quadro I — Classificação clínica da hipertensão

		Fundoscopia	Sobrecarga ventrículo esquerdo	Albuminúria	Função renal deprimida
Limítrofe	140 x 90/160 x 95	normal I-II	+	—	—
Leve	161 x 96/180 x 120	normal I-II	—	—	—
Moderada	161 x 101/180 x 120	normal I-II	+	+	+
	181 x 121/190 x 130	normal	+	+	+
Grave	Qualquer hipertensão maior que 191 x 131	normal III	+	+	+
Maligna	Qualquer hipertensão	IV	+	+	+

+ presente; — ausente; + — presente ou ausente indiferentemente.

Quadro II — Classificação etiológica da hipertensão

<p><b>A. Essencial</b></p>	<p><b>C. Endócrinas</b></p> <p>1. Tireóide</p> <p>Hipotireoidismo Hipertireoidismo</p> <p>2. Adrenal</p> <p>Feocromocitoma Aldosteronismo primário Adenoma Hiperplasia Supressível por glicocorticóide Hiperplasia adrenal congênita Deficiência de 11 hidroxilase Deficiência de 17 hidroxilase Doença de Cushing</p> <p>3. Paratireóide</p> <p>Hiperparatireoidismo</p>	<p><b>E. Mecânica</b></p> <p>Fístulas arteriovenosas (Paget, PCA) Insuficiência aórtica Coartação da aorta Aterosclerose da aorta</p>
<p><b>B. Renal</b></p> <p>1. Parenquimatosa</p> <p>Glomerulonefrite difusa aguda Glomerulonefrite crônica Glomerulonefrite Pielonefrite Irradiação LE: Lúpus eritematoso sistêmico Rim policístico Hidronefrose Tumores secretores de renina Nefropatia diabética</p> <p>2. Renovascular</p> <p>Hiperplasia fibromuscular Aterosclerose de artéria renal Enfartes renais Poliarterite Ptose renal</p> <p>3. Trauma</p> <p>Hematoma peri-renal Trombose arterial renal Dissecção arterial</p>	<p><b>D. Neurogênica</b></p> <p>Acidose respiratória (retenção de CO<sub>2</sub>) Tumor cerebral Encefalite Poliomielite bulbar Disautonomia familiar Porfiria aguda Quadriplegia Tumores cromafins extradrenais Paragasgliomas Doença de Von Recklinghausen</p>	<p><b>F Exógenas</b></p> <p>1. Envenenamento</p> <p>Chumbo Tálio</p> <p>2. Medicamentos</p> <p>Aminas simpatomiméticas Inibidores da MAO combinados a efedrina ou tiramina Anticoncepcionais orais Prednisona em altas doses</p> <p>3. Alimentos</p> <p>Alcaçuz</p> <p>4. Iatrogenia</p> <p>Infusão de volume excessivo em insuficiência renal G. Toxemia gravídica H. Miscelânea Policitemia Queimaduras Síndrome carcinoide</p>

Com exceção à coartação de aorta, provocam hipertensão sistólica.

Constituem emergência a encefalopatia hipertensiva, hipertensão maligna ou acelerada, aneurisma dissecante da aorta, edema agudo de pulmão e acidente vascular cerebral hemorrágico.

Não se tratando de emergência, a terapia medicamentosa deve ser adotada quando medidas higiênico-dietéticas não surtirem resultado.

O clínico necessita considerar que, ao prescrever um ou mais anti-hipertensivos, estará "condenando", provavelmente de forma permanente, o paciente, a despesas e a efeitos colaterais desagradáveis. Desde que esta decisão tenha sido tomada (vide quadro II) terá que conseguir, de todas as maneiras, a adesão do paciente ao tratamento, através de bom relacionamento médico-paciente, de completo domínio da situação clínica e das drogas utilizadas, além de exames periódicos. As drogas hoje existentes no mercado possibilitam o controle de praticamente 100% dos casos. Os diuréticos são classificados como o primeiro passo no tratamento medicamentoso. Há os tiazídicos, os diuréticos de alça e os poupadores de potássio. Os primeiros são dose-independentes com ação uniforme e duradoura, os de alça, preferidos quando se necessita rápida depleção volume ou na insuficiência renal e os poupadores de potássio quando há cardiopatia associada. Distúrbios de glicemia, urinemia, câimbras e alterações acústico-vestibulares são seus principais efeitos colaterais. Entre os tiazídicos, salientados a clortalidona, por sua ação prolongada a furosemida, como diurético de alça e a amiloride e espironolactona, como poupadores de potássio.

Os bloqueadores beta-adrenérgicos constituem importantes armas na terapêutica anti-hipertensiva e podem ser colocados como primeira opção no tratamento de indivíduos jovens, nos hipertensos

"lábeis" especialmente, quando há taquicardia. Seus principais efeitos colaterais são bronco-espasmo, insuficiência cardíaca e bloqueios átrio-ventriculares. Os cardiosseletivos (bloqueadores exclusivos de receptores cardíacos) são preferidos nos que se queixam de excessiva fadiga muscular. A atividade simpatomimética intrínseca é propriedade de um grupo de bloqueadores beta-adrenérgicos útil em casos de menor frequência cardíaca, mas este efeito, possivelmente, esgota-se com o tempo. Finalmente, a ação membranoestabilizadora é útil na evidência de taquiarritmias e batimentos prematuros. São exemplos de cardiosseletivos, metoprolol, atenolol, ambos com atividade cardioestimulante; e de não cardiosseletivos: propranolol, sotalol, timolol e nodolol, sem atividade cardioestimulante; e pindolol, oxprenolol e alprenolol, com esta atividade além de ação estabilizadora de membrana.

Recentemente, introduziu-se em nosso meio o labetalol que é bloqueador beta e alfa-adrenérgico.

O segundo passo é a associação de diuréticos e bloqueadores beta-adrenérgicos e simpaticolíticos de ação no sistema nervoso central (rezerpina, metildopa e clonidina), a vasodilatores (prazosin, minoxidil, hidralazina), a bloqueador do cálcio (verapamil), ou a associação de 3 desses grupos de drogas.

Os simpaticolíticos de ação central promovem uma depressão útil em caso de excitação e insônia, especialmente a clonidina. Com a reserpina, a ação depressiva pode ser exagerada, levando até mesmo ao suicídio. Por esse e outros efeitos colaterais, tal droga está quase em desuso atualmente.

A metildopa, em geral, exige emprego de altas doses, devido a sua eliminação urinária, mas, por isso mesmo e por aumentar o fluxo plasmático dos rins, é útil na insuficiência renal.

**Quadro III — Esquema do "Joint National Committee" para detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial**

- a) Estudo imediato e tratamento de todos os pacientes com pressão igual ou maior que 120 mmHg;
- b) Reavaliação da pressão após 1 mês, em todos aqueles que têm pressões igual ou maior que 160 x 95 mmHg;
- c) Reavaliação trimestral dos indivíduos com menos de 50 anos; que têm pressões entre 140 x 90 e 160 x 95 mmHg;
- d) Reavaliação de 6 a 9 meses, naqueles com 50 anos ou mais e que têm pressões entre 140 x 90 e 160 x 95 mmHg;

**No seguimento:**

- a) Imediato estudo e tratamento se a PA diastólica for igual ou superior a 120 mmHg;
- b) Indicação absoluta de tratamento, para diastólicas de 105 a 119 mmHg;
- c) Tratamento individualizado para diastólicas de 90 a 104 mmHg, considerando-se os fatores de risco;
- d) Reavaliação anual da pressão, para diastólicas abaixo de 90 mmHg.

**Quadro IV Posologia das drogas mais utilizadas**

	Dose por 24 horas	Nº de tomadas ao dia
Hidroclorotiazida	100 a 200 mg	2
Clortalidona	50 a 200 mg	1
Furosemide	Conf. necessidade	2 ou mais
Espironolactona	25 a 100 mg	2 ou mais
Amilorida	5 a 10 mg	2
Propranolol	40 a 320 mg	2
Nadolol	40 a 320 mg	1
Timolol	15 a 45 mg	2
Pindolol	5 a 20 mg	2
Oxprenolol	40 a 320 mg	1 a 2
Metoprolol	50 a 300 mg	2
Atenolol	50 a 300 mg	2
Labetalol	100 a 600 mg	2
Metildopa	500 a 3000 mg	2 a 3
Clonidina	0,075 a 1 mg	2 a 3
Prazozin	1,5 a 15 mg	3 a 4
Verapamil	80 a 640 mg	2 a 4
Captopril	25 a 100 mg	1 a 4
Guanetidina	10 a 100 mg	1

Os vasodilatadores têm grande valor nos casos de insuficiência cardíaca e de bradicardia, pois os bloqueadores simpáticos exercem efeito diminuidor da frequência cardíaca. A hidralazina e o minoxidil têm ação predominante sobre arteríolas e o prazosin, também venular. Nos casos de insuficiência coronária, os dois primeiros podem causar problemas por levar o aumento do débito cardíaco. Hipotensão postural acentuada, efeito colateral importante, é comum aos três, sendo que o uso do minoxidil está relacionado a ocorrência de hirsutismo e hipertensão pulmonar e o da hidralazina a síndrome lupóide.

O prazosin, freqüentemente, exige utilização de doses maiores, progressivamente crescentes.

O verapamil pode ser solução alternativa na impossibilidade de uso de outras drogas, principalmente dos bloqueadores beta, na vigência de quadro de arritmia cardíaca e/ou insuficiência coronária e/ou hipertrofia miocárdica. São contra-indicados nos distúrbios de dromotropismo e na insuficiência cardíaca. Geralmente necessita emprego de altas doses.

O captopril é uma droga inibidora da enzima conversora de angiotensina I em II e pode ser colocado como terceiro passo no tratamento ambulatorio da hipertensão arterial, pois é dispendioso e carece de maior tempo de utilização. É referido como muito eficaz nos casos de hipertensão com elevados índices de reninemia (renovascular, por exemplo). Em termos gerais, controlaria 70% das hipertensões leves e moderadas, índice semelhante ao das outras drogas.

O quarto passo no tratamento medicamentoso envolve a adição ou substituição de uma das drogas pela guanetidina, depletor pós-ganglionar de norepinefrina. É potente hipotensor mas diminui o fluxo renal o débito cardíaco, levando também a hipotensão postural, a alterações da ejaculação e diarreia. Em casos de hipertensão severa, pode ser solução prática, devido ao seu baixo custo. São drogas de ação semelhante porém, menos prolongada, a debrisoquina e a betanidina.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Finnerty Jr., F. A. — Hypertension in the inner city analysis of clinic dropouts. *Circ.* 47: 73, 1973.
2. Frohlich, E. D. — Newer concepts in lntihypertensive. *Drugs. Prog. Cardiovasc. Dis.* 20 (5): 385, 1978.
3. Julius, S. — Classification of hypertension in physiopathology and treatment. New York Mc. Graw Hill Inc. 1977. p. 9-12.
4. Moser, M. — Detection evaluation and treatment of high blood pressure. New York, St. J. Med., 77: 1735, Sep. 1977.
5. Wajngarten, M. — Hipertensão arterial. *Rev. Bras. Clin. Terap.* 10 (1): 21, 1981.
6. Wajngarten, M.; Pereira Barreto, A.C.; Mady, C.; Lauer, D. & Martinelli Fº, M. — Hipertensão arterial: conceito de normalidade. *Arq. Bras. Cardiol.* 34 (2): 157, 1980.