

Hipertensão Arterial: Alvos da Terapia Medicamentosa. Revisão das Recentes Diretrizes da ASH/ISH e do JNC8

Audes Magalhães Feitosa^{1,2,3}, André Sansonio de Morais^{1,2,4}

Hospital Dom Helder Câmara – IMIP¹, MCor/Hospital Memorial São José²; PROCAPE³, Hospital Agamenon Magalhães⁴, Pernambuco- Brasil

Introdução

É sempre oportuno falar a respeito de hipertensão arterial sistêmica. A atualização permanente sobre o tema é justificada por sua alta taxa de prevalência (atualmente, mais de 30% da população brasileira¹) e o potencial de complicações cardiovasculares graves, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e morte quando não diagnosticada e tratada em tempo hábil. Diagnóstico precoce se faz necessário, bem como a busca pela melhor opção de tratamento. Muitas vezes, modificações no estilo de vida são suficientes para o controle da pressão arterial. Por outro lado, o início de uma terapia medicamentosa pode ser necessário. Nesse contexto, as evidências científicas norteiam o profissional médico a respeito do melhor momento da evolução clínica para início da terapia farmacológica, escolha das drogas ou classe de drogas são mais adequadas e alvos da terapia anti-hipertensiva, ou seja, metas de controle da pressão arterial no seguimento clínico do paciente.

A busca pela melhor evidência científica nos conduziu a duas recentes publicações, as quais nos chamaram atenção por se tratarem de Diretrizes de Hipertensão, ambas americanas e publicadas como Diretrizes de 2014 (Ver Quadro 1). O primeiro artigo listado e intitulado *Clinical Practice Guidelines for Management of Hypertension in the Community* é um documento elaborado pela Sociedade Americana de Hipertensão (ASH) e Sociedade Internacional de Hipertensão (ISH). O segundo artigo, *2014 Evidence-Based Guidelines for the Management of High Blood Pressure in Adults* foi elaborado pelos membros do oitavo *Joint National Committee*. As particularidades e recomendações, bem como eventuais pontos divergentes constantes nos documentos apresentados foram objetos de estudo da presente revisão.

Resultados

A análise comparativa dos dois documentos revela uma diferença de foco do objeto em estudo. Enquanto o artigo da ASH/ISH é um documento generalista, com informações sobre aspecto epidemiológico até tratamento medicamentoso, o artigo elaborado pelo *Joint National Committee* é direcionado

apenas para a terapia farmacológica e alvos de pressão arterial numa revisão da melhor evidência científica.

A diferença mais significativa no manejo dos pacientes hipertensos foi em relação a faixa etária e limite pressórico no qual iniciar a terapia farmacológica anti-hipertensiva. A recomendação da ASH/IHA é iniciar o tratamento acima dos 80 anos, se pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mmHg. A recomendação do 8º *Joint National Committee* é iniciar a terapia a partir dos 60 anos, se pressão PAS ≥ 150 mmHg. A meta da pressão arterial diastólica (PAD) é a mesma, na qual se recomenda início da terapia se PAD ≥ 90 mmHg. Em ambos os textos, a meta pressórica dos pacientes abaixo dos 60 anos e maiores de 18 anos são as mesmas e é recomendado início de terapia anti-hipertensiva se PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg. A meta do tratamento é manter a PA do paciente abaixo desses limites. Os documentos também são coincidentes ao recomendar metas de tratamento de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg nos hipertensos portadores de diabetes ou doença renal crônica (diretrizes mais antigas recomendavam metas de PA $< 130/80$ mmHg).

As recomendações foram coincidentes em relação à escolha das classes de anti-hipertensivos no início da terapia farmacológica ou combinação de drogas, de acordo com a variabilidade da faixa etária, etnia e condição clínica do paciente.

Comentários

Ambas as instituições responsáveis pela elaboração dos documentos são de alta credibilidade no meio científico. Os artigos foram publicados no mês de dezembro de 2013 (*online*) em revistas também de alta credibilidade no meio acadêmico. Três autores participaram da elaboração de ambos os artigos. O documento elaborado pela ASH/ISH trata-se de uma Diretriz com foco voltado para a prática clínica, acessível a qualquer especialidade médica, desenvolvendo o tema Hipertensão Arterial em amplo aspecto, desde dados epidemiológicos, fatores de risco, diagnóstico, mudanças no estilo de vida, e por fim, o tratamento medicamentoso e metas de tratamento. Por outro lado, o artigo publicado pelo oitavo *Joint National Committee* é focado no tratamento farmacológico e metas de tratamento, baseado somente nas evidências de Ensaios

Artigo de Revisão

Quadro 1

Artigo	Revista e Data de Publicação
<p style="text-align: center;">ASH PAPER</p> <p>Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension</p> <p>Michael A. Weber, MD;¹ Ernesto L. Schiffrin, MD;² William B. White, MD;³ Samuel Mann, MD;⁴ Lars H. Lindholm, MD;⁵ John G. Kenerson, MD;⁶ John M. Flack, MD;⁷ Barry L. Carter, Pharm D;⁸ Barry J. Materson, MD;⁹ C. Venkata S. Ram, MD;¹⁰ Debbie L. Cohen, MD;¹¹ Jean-Claude Cadet, MD;¹² Roger R. Jean-Charles, MD;¹³ Sandra Taler, MD;¹⁴ David Kountz, MD;¹⁵ Raymond R. Townsend, MD;¹⁶ John Chalmers, MD;¹⁷ Agustín J. Ramirez, MD;¹⁸ George L. Bakris, MD;¹⁹ Jiguang Wang, MD;²⁰ Aletta E. Schutte, MD;²¹ John D. Bisognano, MD;²² Rhian M. Touyz, MD;²³ Dominic Sica, MD;²⁴ Stephen B. Harrap, MD;²⁵</p>	<p>Online: 17 de dezembro de 2013</p>
<p>2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)</p> <p>Paul A. James, MD; Suzanne Oparil, MD; Barry L. Carter, PharmD; William C.ushman, MD; Cheryl Dennison-Himmelfarb, RN, ANP, PhD; Joel Handler, MD; Daniel T. Lackland, DrPH; Michael L. Lefevre, MD, MSPH; Thomas D. Mackenzie, MD, MSPH; Olugbenga Ogedegbe, MD, MPH, MS; Sidney C. Smith Jr, MD; Laura P. Svetkey, MD, MHS; Sandra J. Taler, MD; Raymond R. Townsend, MD; Jackson T. Wright Jr, MD, PhD; Andrew S. Narva, MD; Eduardo Ortiz, MD, MPH</p>	<p>Online: 18 de dezembro de 2013</p>

Clínicos Controlados e Randomizados (justificando que esses desenhos de estudo são menos sujeitos a vieses e representam o padrão ouro para avaliação de eficácia e efetividade). Três questionamentos direcionaram os estudos do *Joint National Committee* e a revisão das evidências:

1. Em adultos hipertensos, o início da terapia farmacológica em um limite pressórico específico traz benefícios adicionais à saúde?
2. Em adultos hipertensos, a terapia farmacológica anti-hipertensiva direcionada a determinados limites de pressão arterial traz benefícios adicionais à saúde?
3. Em adultos hipertensos, as diversas drogas ou classes de anti-hipertensivos diferem em relação aos benefícios ou danos específicos à saúde?

Baseados nas respostas a estas questões foram formulados nove recomendações (Ver Quadro 2), as quais foram comparadas às Diretrizes da ASH/ISH e focalizadas no que diz respeito às metas de início e manutenção do tratamento farmacológico.

Os resultados finais apontaram diferenças nos limites de PAS aceitáveis e nas recomendações de início de terapia

medicamentosa da faixa etária entre os 60 e 80 anos. A Diretriz do 8º Joint National Committee recomenda iniciar o tratamento dos hipertensos ≥ 60 anos se PAS ≥ 150 mmHg, enquanto o documento da ASH/ISH destaca que acima dos 80 anos níveis de PAS até 150mmHg são considerados aceitáveis, por tanto o limite de PAS para início de tratamento para todo paciente até essa faixa etária seria PAS ≥ 140 mmHg. Em segunda análise, a Diretriz da ASH/ISH resultaria em um maior número de pacientes com indicação de tratamento farmacológico, considerando a faixa etária acima dos 60 anos.

Em relação ao mesmo limite pressórico, nas demais faixas etárias, os documentos são coincidentes em suas recomendações, bem como na escolha da medicação para início ou combinação de drogas a despeito da etnia e/ou condição clínica do paciente.

Adicionalmente, ambos os documentos reforçam a falta de evidências para indicação de uso concomitante de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA), o que pode resultar em agravo à função renal.

Artigo de Revisão

Quadro 2

Recomendações do 8º Joint National Committee	
Recomendação 1	Na população geral ≥ 60 anos, iniciar tratamento medicamentoso se PAS ≥ 150 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg e manter metas de tratamento abaixo desses limites. (Recomendação forte)
Recomendação 2	Na população < 60 anos, iniciar tratamento farmacológico se PAD ≥ 90 mmHg e manter metas de tratamento abaixo desses limites. (Entre 30-59 anos: forte recomendação; entre 18-29 anos, opinião de especialistas)
Recomendação 3	Na população geral < 60 anos, iniciar terapia farmacológica se PAS ≥ 140 mmHg e manter metas de tratamento abaixo desses níveis. (opinião de especialistas)
Recomendação 4	Na população geral ≥ 18 anos com doença renal crônica, iniciar terapia farmacológica se PAS ≥ 140 mmHg OU PAD ≥ 90 mmHg e manter metas de tratamento abaixo desses níveis. (opinião de especialistas)
Recomendação 5	Na população geral ≥ 18 anos com diabetes, iniciar terapia farmacológica se PAS ≥ 140 mmHg OU PAD ≥ 90 mmHg e manter metas de tratamento abaixo desses níveis. (opinião de especialistas)
Recomendação 6	Na população geral não-negra, incluindo os diabéticos, a terapêutica inicial deve incluir um diurético tiazídico, bloqueador do canal de cálcio, IECA ou BRA. (Recomendação moderada)
Recomendação 7	
Recomendação 8	Na população geral negra, incluindo os diabéticos, a terapêutica inicial deve incluir um diurético tiazídico ou bloqueador do canal de cálcio. (População negra em geral: Recomendação moderada; população negra diabética: Recomendação fraca).
Recomendação 9	O objetivo terapêutico é atingir e manter metas de PA, se não alcançadas dentro de um mês deve-se aumentar a dose ou associar uma segunda medicação dentro daquelas contidas na recomendação 6. Uma terceira medicação pode ser necessária (dentro da lista das medicações da recomendação 6). Não usar um IECA e um BRA juntos em um mesmo paciente. Se as metas do tratamento não forem alcançadas usando apenas as drogas contidas na recomendação 6, por contraindicação ou necessidade de mais de 3 drogas, outras classes de anti-hipertensivos podem ser usadas. Referência à especialista em hipertensão pode ser indicado para pacientes nos quais as metas de tratamento não foram alcançadas usando a estratégia acima. (opinião de especialistas)

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
2. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-520
3. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. The Journal of Clinical Hypertension; 2014; Vol.16:14-26