

O Estudo Ohasama

Marco Antônio Mota Gomes¹, Nelson Dinamarco², Annelise Machado Gomes de Paiva³

Centro de Pesquisas Clínicas do Hospital do Coração de Alagoas (HCOR-AU)¹, Maceió, Alagoas; Colegiado de Medicina – Universidade Estadual Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia²; Centro Universitário Cesmac, Maceió, Alagoas – Brasil³

Long-Term Stroke Risk Due to Partial White-Coat or Masked Hypertension Based on Home and Ambulatory Blood Pressure Measurements - The Ohasama Study

Michihiro Satoh, Kei Asayama, Masahiro Kikuya, Ryusuke Inoue, Hirohito Metoki, Miki Hosaka, Megumi Tsubota-Utsugi, Taku Obara, Aya Ishiguro, Keiko Murakami, Ayako Matsuda, Daisaku Yasui, Takahisa Murakami, Nariyasu Mano, Yutaka Imai, Takayoshi Ohkubo

Hypertension, 2016;67:00-00. On line Data Supplement

O Projeto Ohasama é um sonho que fecundou e construiu um grande conhecimento científico para o mundo. O entendimento sobre os fatores de risco, que ajudou a construir a epidemiologia contemporânea foi fruto de observações oriundas de uma pequena cidade americana denominada de Framingham. A monitorização organizada dos acontecimentos que permeavam a saúde de uma pequena população circunscrita ensinou ao mundo científico, que acumular determinados padrões de comportamento alimentar e de atividade física podiam ser determinantes de diferentes estados de saúde.

Para os detentores de informações sobre o comportamento da pressão arterial fora do ambiente dos consultórios, e o entendimento da sua importância nos principais agravos cardiovasculares especialmente o Acidente Vascular Cerebral (AVC), os dados fornecidos pelos estudos de Ohasama, na cidade de Hanamaki, localizada no meio da Província de Iwate, uma típica comunidade rural da região de Tohoku no Japão, onde a incidência de hipertensão arterial e AVC era muito alta, foram determinantes para a compreensão desse perfil epidemiológico.

O mais importante foi à determinação do valor prognóstico das medidas domiciliares, quando comparadas às medidas realizadas no interior dos consultórios. Essa constatação colocou em evidência a fragilidade das medidas casuais na determinação prognóstica do AVC. Nesse contexto, surgem as figuras de Dr. Nagai e de Dr. Imai, que sugeriram a simples monitorização da pressão arterial pelos habitantes daquela pequena localidade, no sentido de promover uma alerta sobre os agravos que acometiam boa parte da população. Destaca-se, neste momento, a simplicidade de um vitorioso Projeto, porque no seu início apenas foram disponibilizados equipamentos “caseiros” para o acompanhamento sistemático do comportamento da pressão arterial.

Hoje, médicos de todo o mundo, embarcam nesse sonho e utilizam as informações oriundas de Ohasama para melhor tratar e prevenir desfechos cardiovasculares em pacientes hipertensos.

O estudo fruto deste comentário foi realizado numa população de Ohasama, envolvendo 1464 participantes com média de acompanhamento de 17,1 anos, sendo 31,8% (n = 465) homens, com idade média de 60,6 ± 10,8 anos. Destes 461 faziam uso de algum tratamento farmacológico anti-hipertensivo. Foi realizada medida de pressão domiciliar (AMPA) por quatro semanas e definida como valor de pressão domiciliar a média de todas as medidas. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) foi executada com medidas feitas com intervalo de 30 minutos. E os períodos de vigília e sono definidos pelo horário de dormir e despertar registrados no diário do participante. Já a pressão de consultório foi medida por profissional de enfermagem, e a média de duas leituras utilizada na análise.

De acordo com os recentes guidelines, hipertensão foi definida como pressão ≥ 135/85 mmHg para medida domiciliar ≥ 130/80 mmHg para MAPA de 24H, sendo ≥ 135/85 mmHg para vigília e ≥ 120/70 mmHg para medida do sono e ≥ 140/90 mmHg para pressão de consultório.

Durante o estudo verificou-se a ocorrência de um primeiro AVC em 212 participantes. Essa ocorrência foi determinada por um sistema de registro de AVC da prefeitura de Iwat, certificados de morte, recibos de seguro de saúde nacional e questionários enviados para residência de cada participante no tempo de visitas de check up. No hospital de Ohasama 90% dos pacientes tiveram essa avaliação regular, e 97,7% foram confirmados com tomografia computadorizada ou imagem de ressonância magnética do cérebro. A classificação da doença cerebrovascular foi realizada segundo o Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e AVC. Ataque de AVC isquêmico não foi considerado como acidente vascular cerebral no presente estudo.

Artigo Comentado

O estudo demonstrou que hipertensão do avental branco esteve associada com significativo risco elevado de desenvolver hipertensão arterial domiciliar num período de seguimento de oito (08) anos.

Um risco similar de AVC para os participantes com diagnóstico de HAB e hipertensão mascarada (HM) foi observado somente no estudo de Ohasama, podendo ser levado em consideração em outras populações como a Europeia e da America do Sul. O valor preditivo da pressão de consultório para AVC pode ser melhorado quando da realização de duas medidas da pressão arterial em cada visita.

Indivíduos com HAB diagnosticados pela medida domiciliar ou pela MAPA tiveram um risco cardiovascular para AVC, semelhante àqueles encontrados nos indivíduos hipertensos mascarados ou hipertensos verdadeiros, na população em geral. Estudos anteriores, haviam demonstrado risco baixo para indivíduos hipertensos do avental branco e alto para indivíduos com hipertensão mascarada, baseado na AMPA e na MAPA .

Em conclusão, necessita-se avaliar a pressão arterial pela AMPA e pela MAPA para prognosticar o surgimento de AVC com mais precisão.