

Artigo

Diretrizes globais para prática da hipertensão da Sociedade Internacional de Hipertensão 2020

Frida Liane Plavnik^{1,#}

¹Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo. As diretrizes da ISH apresentam como diferencial às demais diretrizes internacionais e nacional, a diferenciação entre medidas essenciais e ideais, para permitir uma abordagem mínima da população. O objetivo desta diretriz é que as recomendações possam ser aplicadas globalmente, além de serem adequadas para uso em locais com diferentes níveis de recursos e ser ao mesmo tempo concisa, simplificada e de fácil utilização. Mantém a definição de hipertensão arterial como níveis pressóricos ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg, e simplifica o estadiamento da hipertensão arterial em dois estágios (estágio 1: 140-159 mmHg/90-99 mmHg e estágio 2 $\geq 160/100$ mmHg), à semelhança de outras diretrizes internacionais, indicando que se confirmada o tratamento farmacológico pode ser iniciado. Em relação à meta de pressão arterial as diretrizes da ISH consideram essencial redução de pelo menos 20/10 mmHg, idealmente abaixo de 140/90 mmHg, mas a meta ideal nos pacientes com < 65 anos é $< 130/80$ mmHg, enquanto naqueles com ≥ 65 anos é de $< 140/90$ mmHg. O tratamento farmacológico ideal baseia-se no uso de combinações de doses fixas de dois agentes, mas entende que o essencial deve ser o uso dos medicamentos disponíveis, em combinações livres, de modo a se atingir a meta o mais precocemente possível, isto é, em 3 meses de sua instituição. Esse conceito de essencial e ideal permite que diferentes regiões sigam as recomendações, sem haver prejuízo aos pacientes, considerando-se a disponibilidade das ferramentas de avaliação e instituição dos tratamentos para redução do impacto da hipertensão arterial na morbimortalidade cardiovascular. Esse texto é totalmente baseado nas diretrizes da ISH, conforme citação prévia.

Palavras-chave: diretriz, hipertensão arterial, diagnóstico, avaliação do paciente, metas pressóricas, tratamento.

Recebido: 22 de Janeiro de 2022; Aceito: 11 de Abril de 2022.

Global guidelines for hypertension practice from the International Society of Hypertension 2020

Abstract. Current ISH guidelines has a differential to other international and national guidelines, the differentiation between essential and optimal measures, to allow a minimum approach of the population. The purpose of this guideline is be applied globally, and suitable for use in locations with different levels of resources and be both concise, simplified and user-friendly. It maintains the definition of hypertension as blood pressure levels ≥ 140 mmHg and/or 90 mmHg, and simplifies the staging of arterial hypertension in two stages (stage 1: 140-159 mmHg/90-99 mmHg and stage 2 $\geq 160/100$ mmHg), similar to other international guidelines, indicating that if confirmed pharmacological treatment can be initiated. Regarding the blood pressure target, the ISH guidelines consider a reduction of at least 20/10 mmHg, ideally below 140/90 mmHg, but the ideal goal in patients aged < 65 years is $< 130/80$ mmHg, while in those aged ≥ 65 years is $< 140/90$ mmHg. Optimal drug treatment is based on the use of fixed-doses combination, but understands that the essential should be the use of available drugs, in free combinations, in order to reach the goal as early as possible, that is, in 3 months of their institution. This concept of essential and ideal allows different regions to follow the recommendations, without harm to patients, considering the availability of evaluation tools and institution of treatments to reduce the im-

[#]Autor de correspondência. E-mail: fplavnik@terra.com.br.

pact of hypertension on cardiovascular morbidity and mortality. This text is fully based on the ISH guidelines, as previously cited.

Keywords: guidelines, high blood pressure, diagnosis, evaluation, blood pressure targets and treatment.

1. Introdução

As Diretrizes da Sociedade Internacional de Hipertensão (ISH) publicadas em 2020,¹ apresentam de forma simplificada as recomendações baseadas em evidências, para avaliação, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial (HA) em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

O grande diferencial desta diretriz é a apresentação de dois padrões de cuidados, a saber: **ESSENCIAL** e **IDEAL**.

Assim, são consideradas como **essenciais**, as **ações mínimas** no padrão de cuidados do paciente hipertenso. Para especificação dessas ações o comitê foi confrontado com a falta ou ausência de evidências clínicas, e então utilizou a opinião de especialistas para melhor definição.

As ações **ideais** por sua vez, contemplam **avaliações mais detalhadas**, com base nas evidências clínicas. Desta forma, as recomendações podem ser aplicadas em locais com diferentes recursos e por profissionais de saúde que englobam médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, conforme o caso, sendo de fácil utilização e extremamente prático.

Ainda dentro desse cenário, o comitê das diretrizes reconhece que algumas recomendações dos padrões essenciais podem não ser factíveis em locais com poucos recursos, como a realização das medidas da pressão arterial fora do consultório, a necessidade de múltiplas visitas para o diagnóstico da hipertensão arterial, ou mesmo o aconselhamento para uso da terapia combinada, e para tanto, o comitê das diretrizes propõe que esse documento seja um instrumento de orientação para promover políticas de saúde e melhorias no padrão de cuidados localmente. Uma informação importante no documento, que corroboram com a divisão das ações, é o fato de que muitas regiões de baixa renda ou mesmo de renda intermediária acabam por adotar as diretrizes de regiões de renda alta, sendo impraticável a implementação das mesmas, por haver problemas como a falta de profissionais de saúde devidamente treinados, não acessibilidade aos dispositivos para medida da pressão arterial, e até mesmo limitações de infraestrutura.

Em suma, todo esforço deve ser feito para se atingir os padrões de cuidado essenciais e assim, reduzir a morbimortalidade cardiovascular.

O processo de desenvolvimento dessa diretriz baseou-se em critérios de evidência para que o mesmo pudesse ser (a) usado globalmente; (b) ser ajustado para uso em ambientes de baixo ou alto recurso ao aconselhar o uso de padrões essenciais e ideais; e (c) conciso, simplificado e de fácil utilização.

Para otimizar a apresentação dessas diretrizes daremos ênfase às recomendações **essenciais** e **ideais**, de modo a permitir ao leitor uma rápida visualização das mesmas e adequação a sua condição de trabalho.

2. Definição de hipertensão

As diretrizes da ISH recomendam que o diagnóstico de hipertensão arterial seja feito na presença de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medida em consultório, após medidas repetidas. Reforça ainda que a medida de pressão arterial (PA) em consultório é a base para o diagnóstico e acompanhamento.

Destaque deve ser dado para a simplificação do estadiamento da hipertensão, à semelhança de outras diretrizes publicadas recentemente. De acordo com a diretriz da ISH os pacientes hipertensos devem ser classificados em estágio 1 ou estágio 2 devido à importância de se instituir prontamente o tratamento farmacológico nessa situação e assim atingir as metas de forma mais precoce.

Embora a discussão sobre a medida da pressão arterial em consultório seja assunto a ser comentado em outro artigo desse número, vale ressaltar que as diretrizes também apresentam ações essenciais e ideais para a realização da medida da pressão arterial, como descrito no quadro abaixo.

Essencial

A medida da PA em consultório é a base para o diagnóstico e acompanhamento da hipertensão arterial. Sempre que possível, o diagnóstico não deve ser feito em uma única consulta. Para confirmação do diagnóstico de hipertensão arterial são necessárias, habitualmente, duas a três consultas a intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo dos níveis de PA). O diagnóstico pode ser feito em uma única consulta se a PA for $\geq 180/110$ mmHg e houver evidência de doença cardiovascular (DCV). Se possível, o diagnóstico de hipertensão arterial deve ser confirmado por medidas fora do consultório.

Ideal

Diagnóstico de hipertensão: Medida da PA em consultório

Avaliação inicial: Medir a PA em ambos os braços, de preferência simultaneamente. Se houver diferença consistente entre os braços > 10 mmHg em medidas repetidas, use o braço com PA mais alta. Se a diferença for > 20 mmHg considerar investigação adicional.

PA em pé: medir em hipertensos sob tratamento depois de 1 min e novamente depois de 3 min quando houver sintomas sugestivos de hipotensão postural e na primeira consulta em idosos e pacientes diabéticos.

Medida de PA não assistida: medidas de PA múltiplas em aparelho automático feitas enquanto o paciente está sozinho no consultório fornecem avaliação mais padronizada, mas também PA com níveis mais baixos do que as medidas habituais de consultório com limites incertos para o diagnóstico de hipertensão arterial. A confirmação com medidas fora do consultório são necessárias para a maioria das decisões do tratamento.

Diagnóstico de hipertensão arterial: medidas fora do consultório

Medidas fora do consultório como monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou medida residencial da pressão arterial (MRPA) são mais reprodutíveis, associam-se melhor com a lesão em órgãos alvo induzidas pela hipertensão e o risco de eventos CV e identificam os fenômenos de hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada

A medida fora do consultório é muitas vezes necessária para o diagnóstico preciso de hipertensão arterial e para as decisões do tratamento.

Nos pacientes não tratados ou tratados com PA de consultório definida como normal alta ou estágio 1, o nível de PA deve ser confirmado com MAPA ou MRPA.

A Figura 1 apresenta as recomendações para realização da medida da PA na posição sentada, condição que deve ser seguida durante a realização da MRPA.

A Tabela 1 apresenta a classificação da PA baseada na medida de consultório em indivíduos com idade superior a 18 anos.

Algumas considerações destacam-se também na diretriz:

- A PA normal alta identifica indivíduos que se beneficiariam com modificações no estilo de vida (MEV) e que poderiam receber tratamento farmacológico na presença de indicações compulsórias.

Figura 1 - Posicionamento do paciente e recomendações para a medida da PA em consultório.

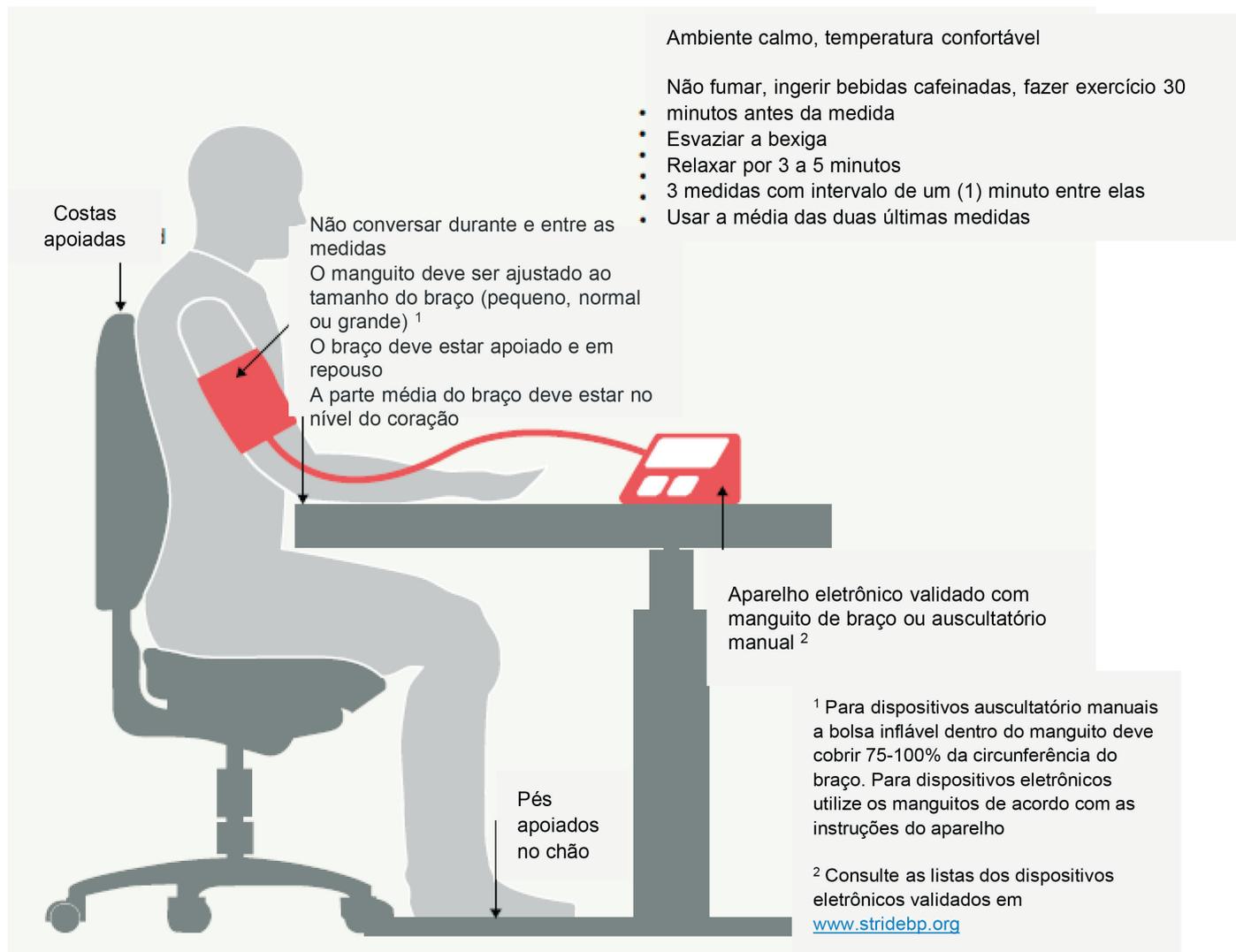


Tabela 1 - Classificação da Hipertensão com base na medida de PA de consultório

Categoria	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Normal	< 130	e	< 85
PA normal alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão estágio 2	≥ 160	e/ou	≥ 100

- Define-se também como hipertensão sistólica isolada (HSI) a presença de PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg. Esta condição é mais comum em jovens e idosos, sendo que entre crianças, adolescentes e adultos jovens é a forma mais comum de hipertensão essencial, enquanto nos idosos esta condição reflete a maior rigidez das grandes artérias com aumento da pressão de pulso.
- Indivíduos com hipertensão confirmada, isto é, estágio 1 e 2, devem iniciar tratamento farmacológico apropriado. A periodicidade da medida de PA de acordo com as medidas obtidas em consultório, sugerida na diretriz é:

Níveis de pressão arterial em consultório (mmHg)

< 130/85	130-159/85-89	> 160/100
Medir em 3 anos (mas, na presença de outros fatores de risco cardiovascular a medida deve ser repetida em 1 ano)	Se possível confirmar com MAPA ou MRPA devido à possibilidade de hipertensão do avental branco (HAB) ou hipertensão mascarada (HM). A alternativa na ausência da metodologia é repetir medidas em consultório	Confirmar em alguns dias ou semanas

Já em relação à utilização da MAPA ou MRPA, a diretriz destaca ainda que cerca de 30% dos pacientes apresentam hipertensão do avental branco (HAB), indicando que os mesmos apresentam risco cardiovascular intermediário entre os normotensos e aqueles com hipertensão sustentada. Se o risco cardiovascular total for baixo e não houver lesão em órgãos-alvo (LOA) mediadas pela hipertensão, a prescrição de tratamento farmacológico pode não ser aplicada, no entanto, esses pacientes devem ser acompanhados com modificação do estilo de vida, uma vez que podem desenvolver hipertensão arterial sustentada e assim ter indicação de tratamento farmacológico.

Por outro lado, cerca de 15% dos pacientes apresentam hipertensão mascarada, indicando que essa população está sob risco semelhante aos pacientes com hipertensão sustentada para eventos cardiovasculares, e podem precisar de tratamento farmacológico para normalização dos níveis pressóricos.

Da mesma forma que para a medida de PA em consultório, a diretriz define como os exames devem ser obtidos, com o número mínimo de medidas, protocolos, e forma de interpretação.

	MRPA	MAPA
Condição	Como para a medida de PA em consultório	Dia de trabalho de rotina
Posição	Como para medida de PA em consultório	Evitar atividade física extenuante, o braço deve ficar parado e relaxado durante cada medida
Dispositivo	Dispositivo eletrônico validado (oscilométrico) com manguito de braço (www.stridebp.org)	
Manguito	Tamanho de acordo com a circunferência do braço do paciente	
Protocolo para medida	<p>Antes de cada consulta com o profissional de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento da PA por 3 a 7 dias pela manhã (antes da tomada da medicação, se tratado) e à noite • Duas medidas em cada ocasião depois de 5 min na posição sentada e em repouso, com intervalo de 1 min entre as medidas <p>Acompanhamento de longo prazo da hipertensão em pacientes tratados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 medidas por semana ou mês 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento da pressão por 24 h com intervalo de 15 a 30 min na vigília e sono. • São necessárias pelo menos 20 medidas na vigília e 7 medidas durante o sono. Se número menor de medidas, o teste deve ser repetido.
Interpretação	A média da MRPA após exclusão das medidas do primeiro dia ≥ 135 mmHg ou 85 mmHg indica hipertensão	<p>PA de 24 h ≥ 130/80 mmHg indica hipertensão (critério principal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA da vigília ≥ 135/85 mmHg e PA do sono ≥ 120/70 mmHg indicam hipertensão

A Tabela 2 apresenta os valores de corte para hipertensão a partir da medida de pressão obtida fora do consultório.

Tabela 2 - Critérios para hipertensão com base na medida de consultório, MAPA e MRPA.

		PAS/PAD (mmHg)
Consultório		≥ 140 e/ou ≥ 90
MAPA	Média nas 24 h	≥ 130 e/ou ≥ 80
	Média na vigília	≥ 135 e/ou ≥ 85
	Média no sono	≥ 120 e/ou ≥ 70
MRPA		≥ 135 e/ou ≥ 85

MAPA= monitorização ambulatorial de pressão arterial nas 24 h; MRPA= monitorização residencial de pressão arterial.

3. Fatores de risco cardiovascular

A avaliação **essencial** dos fatores risco (FR) engloba:

- Avaliação dos FR adicionais deve fazer parte da investigação diagnóstica em hipertensos na presença de história familiar de doença cardiovascular (DCV).
- O risco cardiovascular (CV) deve ser avaliado nos hipertensos por escores de fácil utilização baseado nos níveis de PA e FR adicionais de acordo com o algoritmo proposto pelas Diretrizes da ESC-ESH
- Uma estimativa confiável do risco CV pode ser obtida na prática clínica pela inclusão de outros fatores de risco como: idade (> 65 anos), sexo (homens > mulheres), frequência cardíaca (> 80 batimentos/min), peso corporal aumentado, diabetes, LDL-C/TG elevado, história familiar de DCV, história familiar de hipertensão arterial, início precoce da menopausa, tabagismo, fatores psicossociais ou socioeconômicos.

LOA: HVE (HVE com ECG), doença renal crônica (DRC) moderada a grave; TFGe < 60 mL/min/1.73 m²), qualquer outra medida disponível de lesão de órgão.

Doença estabelecida: doença coronariana prévia, insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica, fibrilação atrial, e DRC estágio 3 ou superior.

4. Lesão de órgão-alvo mediada pela hipertensão

Lesão de órgãos mediada por hipertensão (LOA) é definida como a alteração estrutural ou funcional da vasculatura arterial e/ou dos órgãos por ela irrigados, causada pela PA elevada. Os órgãos-alvo incluem o cérebro, coração, rins, artérias centrais e periféricas e os olhos.

Embora a avaliação do risco CV global seja importante para o tratamento da hipertensão, é pouco provável que a detecção adicional de LOA altere o tratamento dos pacientes já identificados como de alto risco (aqueles com DCV estabelecida, AVC, diabetes, DRC ou hipercolesterolemia familiar). No entanto, pode fornecer orientação terapêutica importante para o tratamento de pacientes hipertensos de risco global baixo ou moderado por meio da reclassificação em decorrência da presença de LOA e pode também levar à seleção preferencial de determinados medicamentos com base no impacto específico sobre a LOA.

Assim a avaliação essencial e ideal da LOA envolve:

Essencial (deve ser feita na rotina em todos os pacientes com hipertensão)	<ul style="list-style-type: none"> • Creatinina sérica e TFGe • Avaliação da urina por fita reagente ECG de 12 derivações, quando se pode detectar a presença de HVE pelos índices de Sokolow-Lyon: SV1 +RV5 ≥ 35 mm; Cornell: SV3+RaVL > 28 mm para homens ou > 20 mm para mulheres
Ideal	<ul style="list-style-type: none"> • RNM do cérebro não é recomendada na rotina, mas deve ser considerada em pacientes com distúrbios neurológicos, declínio cognitivo, e perda de memória. • Ecocardiograma transtorácico 2D • Três leituras vasculares são comumente avaliadas para LOA: US carótidas para presença de placas/estenose e espessura do CIM, VOP (rigidez de grandes artérias) e ITB (artérias da extremidade inferior). Essas avaliações estão indicadas em pacientes com sintomas neurológicos, HSI ou suspeita de doença arterial periférica, respectivamente. • Relação albumina creatinina em amostra isolada de urina (manhã) • Fundoscopia (especialmente importante nas urgências e emergências hipertensivas). Deve ser realizada em pacientes com HA estágio 2.

A Tabela 3 apresenta a estratificação do risco da hipertensão utilizando o modelo proposto na diretriz europeia.

Tabela 3 - Classificação simplificada do risco da hipertensão de acordo com a presença de fatores de risco adicionais, lesão de órgão-alvo mediada pela hipertensão, e doença prévia.

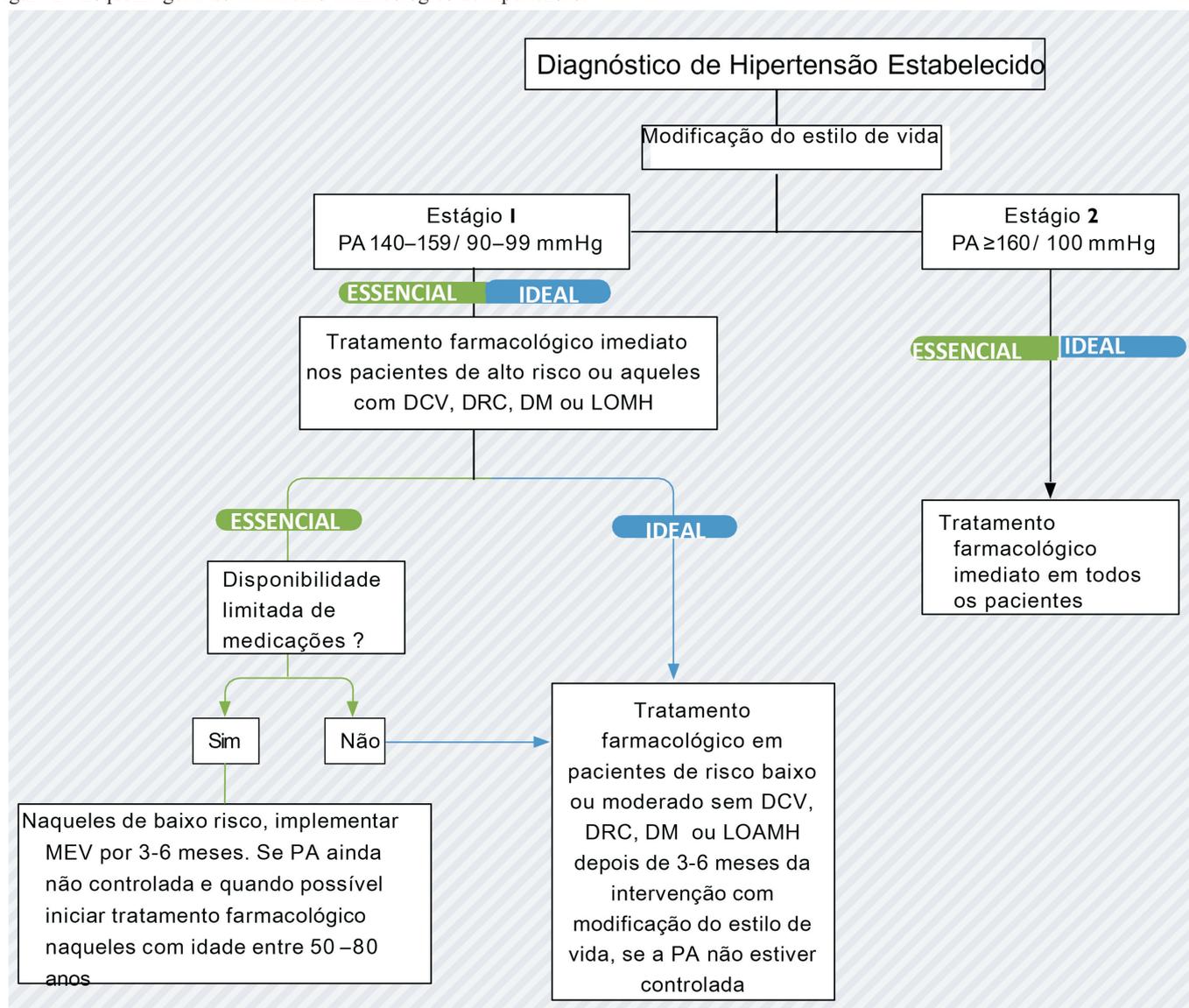
Outros fatores de risco, LOA ou doença	Normal alto PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140/159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS \geq 160 PAD \geq 100
Nenhum fator de risco	Baixo	Baixo	Moderado
1 ou 2 fatores de risco	Baixo	Moderado	Alto
\geq 3 fatores de risco	Baixo	Moderado	Alto
LOA, DRC estágio 3b, diabetes mellitus, doença cardiovascular	Alto	Alto	Alto

5. Estratégia terapêutica

A estratégia terapêutica deve incluir a modificação do estilo de vida, controle da pressão arterial para a meta preconizada, e o tratamento eficaz dos fatores de risco adicionais para redução do risco cardiovascular residual, isto porque o tratamento combinado da hipertensão e dos fatores de risco adicionais reduz a taxa de doenças cardiovasculares além do controle da pressão arterial.

A estratégia global do tratamento é apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Esquema geral do tratamento farmacológico de hipertensão.



As metas preconizadas para os pacientes hipertensos tratados também são divididas em essenciais e ideais, mas nas duas situações, o objetivo é atingir o controle da pressão arterial no prazo de três meses.

A diretriz recomenda como **essencial** a redução da PA em pelo menos 20/10 mmHg, preferencialmente para valores < 40/90 mmHg, e recomenda como **ideal** que a meta atingida seja < 130/80 mmHg em indivíduos com idade < 65 anos, com a ressalva de que se tolerada a meta pode ser menor, mas > 120/70 mmHg. Nos indivíduos com idade ≥ 65 anos a meta deve ser < 140/90 mmHg, se tolerada, devendo-se individualizar a meta na presença de fragilidade, independência e tolerabilidade ao tratamento.

De forma resumida, e quando confirmado o diagnóstico da hipertensão arterial, a diretriz da ISH recomenda então as medidas de avaliação, tratamento e monitoramento dos pacientes nos cenários **essencial** e **ideal**, como mostram as Figuras 3 e 4.

Figura 3 - Recomendações **essenciais** (padrão de cuidados mínimo). BCC-DHP= bloqueador do canal de cálcio dihidropiridínico; BRA = bloqueador do receptor AT1; IECA = inibidor da enzima conversora da angiotensina; LOA = lesão em órgão-alvo; MAPA = monitorização ambulatorial de pressão arterial; MRPA = monitorização residencial de pressão arterial; MEV= modificação no estilo de vida; PA = pressão arterial.

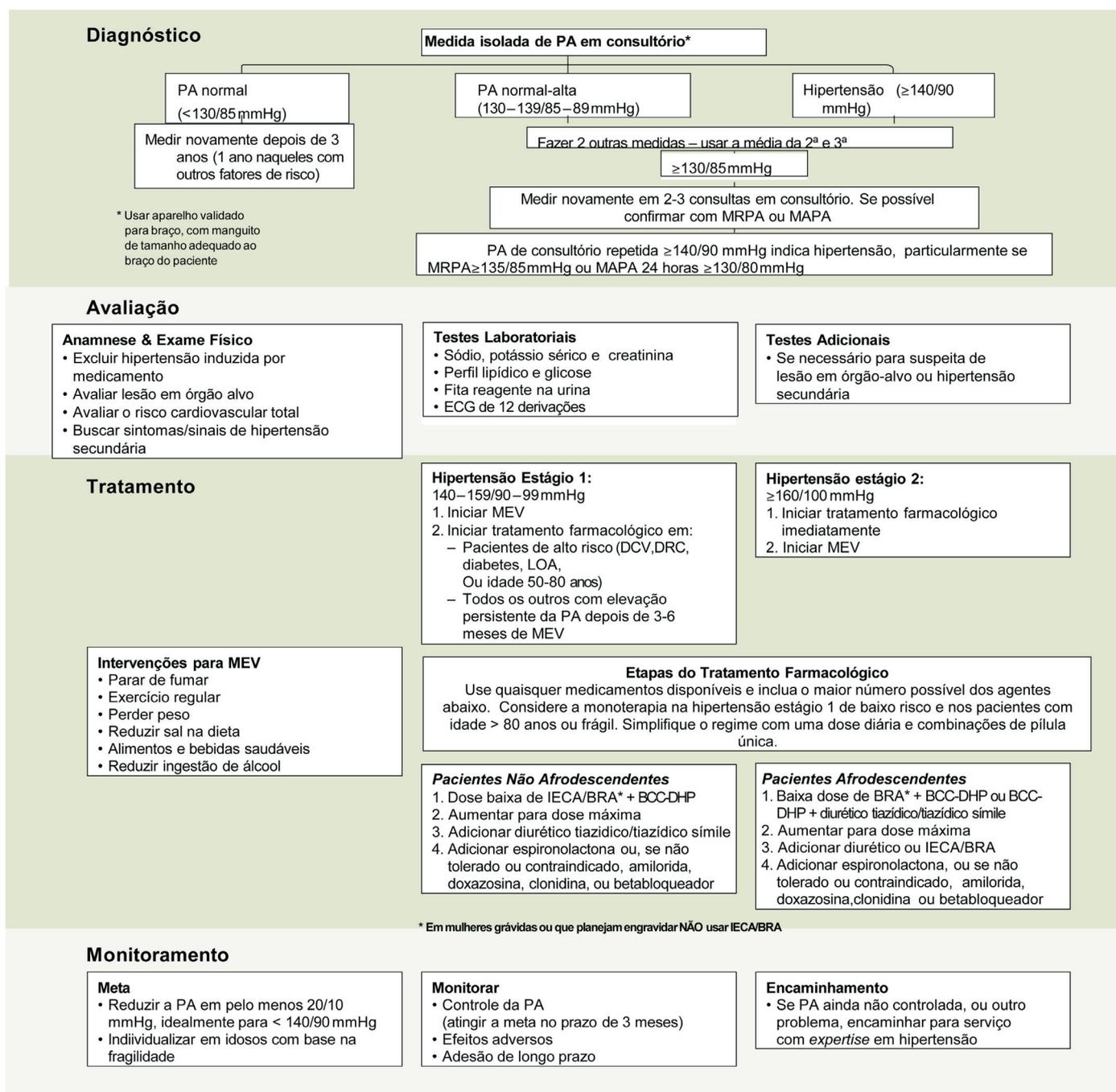
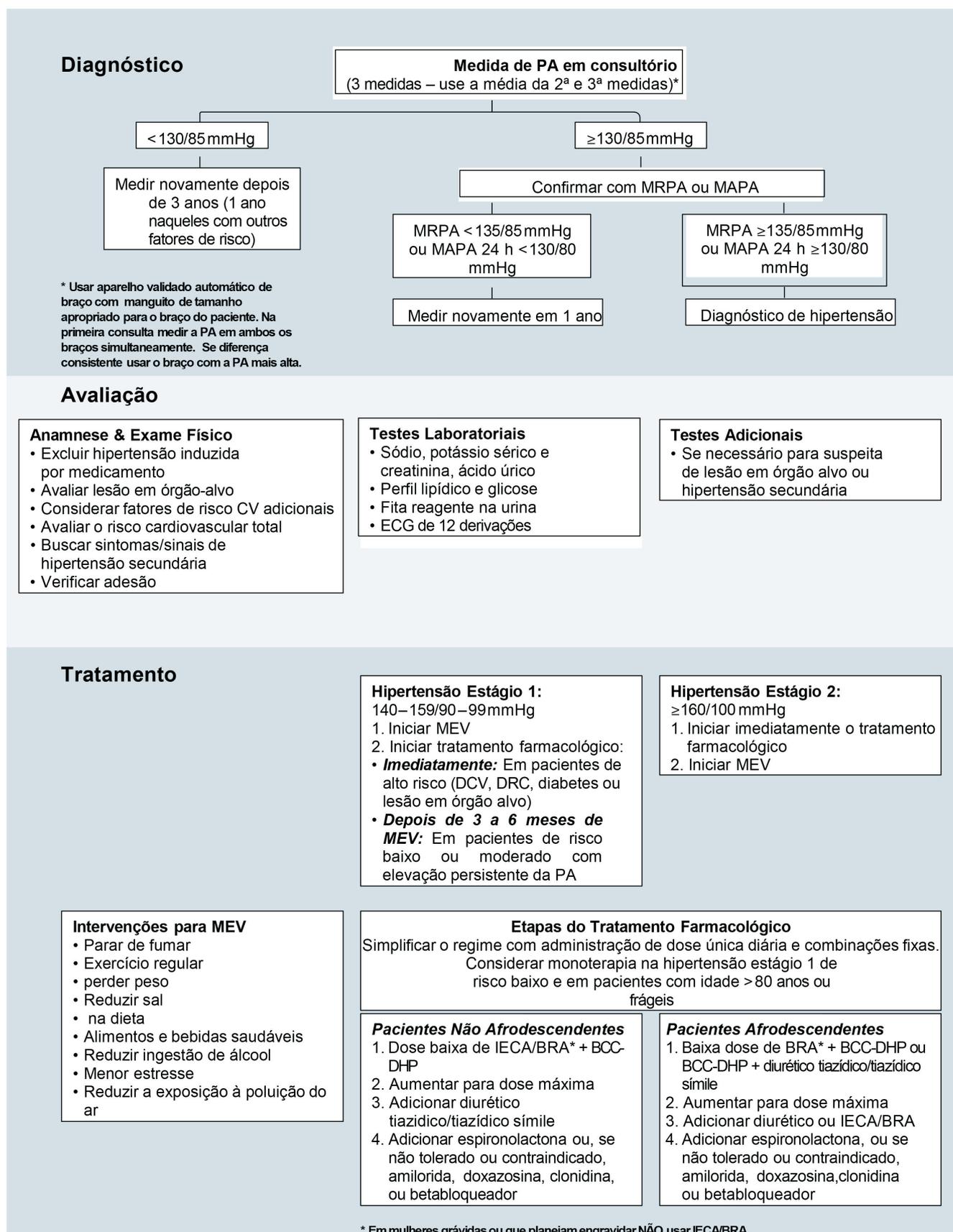


Figura 4 - Recomendações **ideais** (padrão de cuidados baseado em evidências). BCC-DHP = bloqueador do canal de cálcio dihidropiridínico; BRA = bloqueador do receptor AT1; IECA = inibidor da enzima conversora da angiotensina; LOA = lesão em órgão-alvo; MAPA = monitorização ambulatorial de pressão arterial; MRPA = monitorização residencial de pressão arterial; MEV = modificação no estilo de vida; PA = pressão arterial.

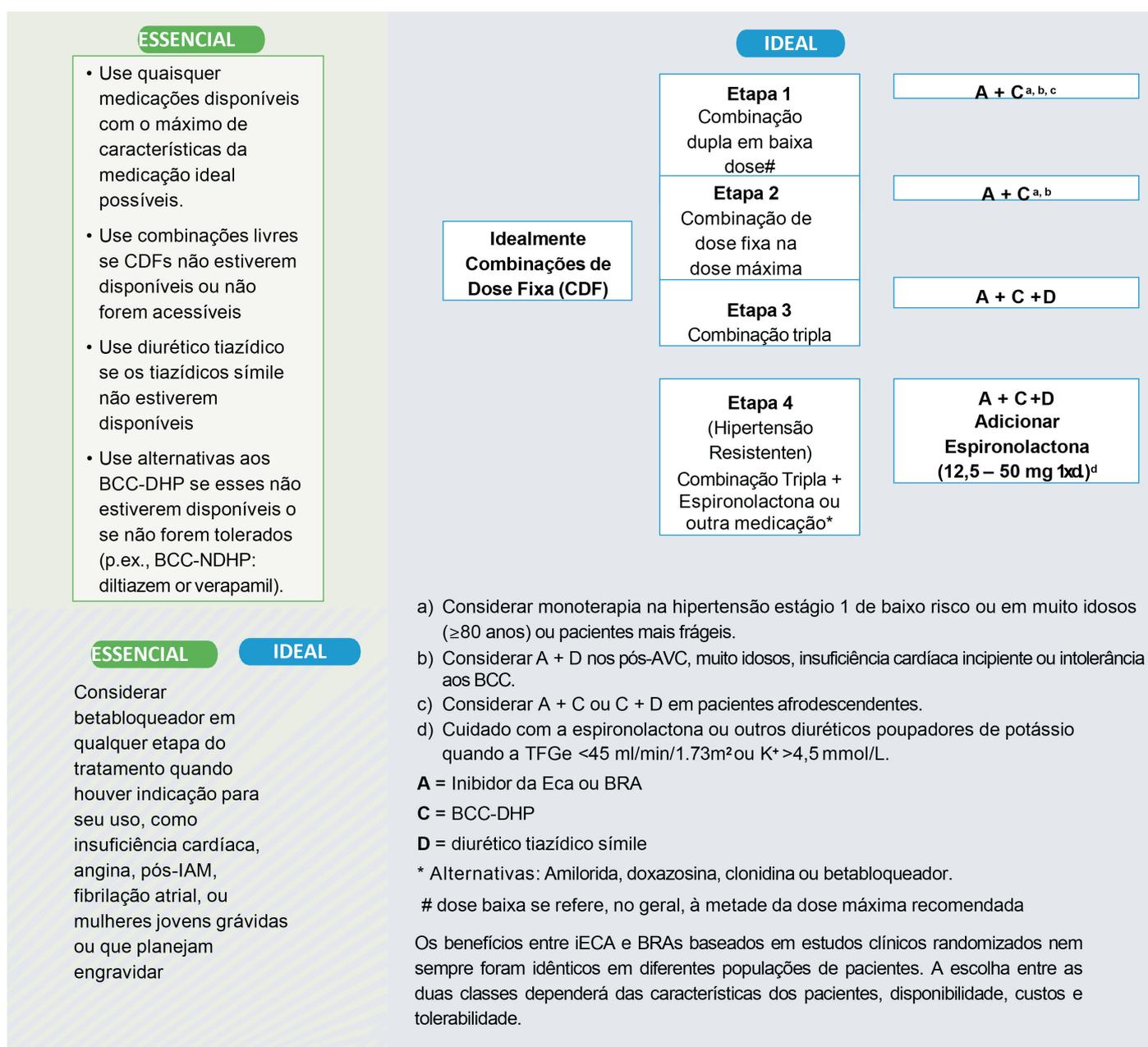


A Figura 5 apresenta a estratégia central para o tratamento da hipertensão arterial. Como se pode ver, embora haja destaque para o uso de combinações fixas, a diretriz recomenda o uso de combinações livres caso as primeiras não estejam disponíveis, e quais combinações de classes estão mais indicadas frente às evidências disponíveis. Além disso, destaca a utilização de dupla combinação em doses baixas como terapia inicial, e não havendo controle adequado o aumento para as doses máximas.

5.1. Comorbidades

Na presença de comorbidades ou outras complicações da hipertensão arterial, as recomendações não diferem substancialmente das demais diretrizes. Assim, os níveis de LDL-colesterol devem ser reduzidos em > 50% e < 70 mg/dL nos pacientes com doença estabelecida ou sem doença cardiovascular, mas de alto risco, em > 50% e < 100 mg/dL nos pacientes de alto risco, e para 115 mg/dL nos pacientes de risco moderado. A glicemia de jejum deve ser reduzida < 126 mg/dL ou a HbA1c abaixo de 7% e a terapia antiplaquetária deve ser considerada apenas como prevenção secundária.

Figura 5 - Estratégia central de tratamento.



Em relação às metas de pressão arterial, na presença de comorbidades como doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, a pressão arterial deve ter como meta valores inferiores a 130/80 mmHg, com a ressalva de se atingir meta < 140/80 mmHg em pacientes idosos, além é claro da instituição e/ou reforço das medidas de modificação de estilo de vida. Nos pacientes com insuficiência cardíaca deve-se buscar a meta inferior a 130/80 mmHg, mas mantê-la > 120/70 mmHg.

6. Circunstâncias específicas

6.1. Hipertensão resistente

A presença de hipertensão resistente é definida como PA de consultório na posição sentada > 140/90 mmHg tratada com três ou mais agentes anti-hipertensivos em doses plenas ou maximamente toleradas incluindo um diurético e após exclusão de pseudoresistência. As recomendações para avaliação essencial dessa condição englobam:

Medidas **essenciais**:

- Se a PA de consultório na posição sentada for > 140/90 mmHg nos pacientes em uso de três ou mais medicações anti-hipertensivas em doses plenas (ou maximamente toleradas) incluindo um diurético, a primeira ação é excluir a pseudoresistência (identificada por fatores como técnica inadequada de medida de PA, efeito do avental branco, não adesão ao tratamento e escolhas de terapia anti-hipertensiva em doses subótimas), e o uso de substâncias que causam aumento da PA.
- Considerar avaliação para causas secundárias da PA se houver suspeita.
- Otimizar o regime de tratamento com modificação do estilo de vida e o tratamento com diuréticos, sendo que o uso de tiazídicos simile são preferenciais aos diuréticos tiazídicos e a introdução de diuréticos de alça deve ser realizada nos pacientes com taxa de filtração glomerar estimada (TFGe) < 30 mL/min/1.73 m² ou se houver sobrecarga de volume.
- Adicionar espironolactona em dose baixa como agente de quarta linha se potássio < 4,5 mmol/L e TFGe > 45 mL/min/1.73 m². Se a espironolactona for contraindicada ou não tolerada, outras opções podem ser amilorida, doxazosina, clonidina, e betabloqueadores como alternativas, mas outros agentes ainda não utilizados podem também ser alternativas para que se atinja a meta pressórica.

Já a medida **ideal** nessa situação é o encaminhamento para centros especializados com experiência no diagnóstico e tratamento dessa condição.

6.2. Hipertensão secundária

As recomendações para abordagem **essencial** dos casos suspeitos devem incluir uma avaliação completa na anamnese em busca de indícios de hipertensão arterial secundária, além do exame físico e bioquímica no sangue incluindo sódio, potássio, TFGe, e TSH e uma análise de urina em fita reagente.

A abordagem **ideal** com exames adicionais de bioquímica, imagem ou outros testes diagnósticos também deve se basear na histórica clínica e exame físico, e exame básicos, mas deve considerar o encaminhamento para investigação adicional e tratamento em centros especializados.

6.3. Hipertensão na gravidez

Considerando as condições de hipertensão arterial superpostos à gestação, a diretriz tem como recomendações **essenciais** a utilização de dispositivos auscultatórios ou automáticos de braços, validados especificamente para a medida da pressão arterial em grávidas e na pré-eclâmpsia (consulte os dispositivos validados em www.stridebp.org). De forma **ideal** a MAPA ou MRPA deve ser realizada com dispositivos validados especificamente para uso na gravidez e pré-eclâmpsia, para avaliação da HAB, diabetes mellitus, nefropatia.

A investigação mínima (**essencial**) em gestantes inclui:

- análise de urina,
- hemograma completo,
- enzimas hepáticas, creatinina,
- ácido úrico sérico.

Teste para determinação de proteinúria no início da gravidez (se doença renal preexistentes) e na segunda metade da gestação (pré-eclâmpsia). A presença de um teste em fita reagente > 1 deve ser acompanhado pela determinação da relação albumina/creatinina em amostra de urina isolada sendo que valores inferiores a 30 mg/mmol excluem a proteinúria.

De modo **ideal** a avaliação deve constar de:

- Ultrassom renal e de adrenais,
- Metanefrinas livres no plasma (se suspeita de feocromocitoma)
- Ultrassom Doppler das artérias uterinas (depois da 20ª semana de gestação, pois tem-se mostrado útil na detecção de pacientes com maior risco de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e retardo de crescimento intrauterino).

O tratamento da hipertensão arterial leve na gestação deve ser feito com agentes como a metildopa, betabloqueadores (labetalol), e BCC dihidropiridínicos, sendo que o uso de IECA ou BRA é formalmente contraindicado pelos efeitos deletérios sobre

o feto. O tratamento para os casos graves deve ser feito mediante hospitalização e medicações intravenosas como labetalol, ou nicardipina, esmolol, hidralazina, urapidil). Medicações orais que podem ser utilizadas englobam a metildopa e os BCC dihidropiridinos (nifedipina ou nicardipina). O nitroprussiato de sódio deve ser evitado pelo risco de intoxicação fetal.

Em lactantes é recomendado o uso de agentes com baixas concentrações no leite materno, devendo-se evitar o atenolol, propranolol, e a nifedipina, porém BCC de longa ação são permitidos.

7. Urgências e emergências hipertensivas

A Tabela 4 apresenta as condições clínicas nas emergências hipertensivas e as características para redução da pressão arterial, assim como as medicações preconizadas para uso.

Tabela 4- Emergências Hipertensivas que precisam de redução imediata da pressão arterial.

Quadro clínico	Prazo e meta de PA	Tratamento de primeira linha	Alternativas
HA maligna com ou sem microangiopatia trombótica ou lesão renal aguda	Algumas horas, redução da pressão arterial média (PAM) em 20 a 25%	Labetalol, Nicardipino	Nitroprussiato de sódio, Urapidil
Encefalopatia hipertensiva	Redução imediata da PAM em 20% a 25%	Labetalol, Nicardipino	Nitroprussiato de sódio
AVC isquêmico agudo e PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg	Redução em uma hora da PAM em 15%	Labetalol, Nicardipino	Nitroprussiato
AVC isquêmico agudo com indicação para terapia trombolítica e PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg	Redução em uma hora da PAM em 15%	Labetalol, Nicardipino	Nitroprussiato
AVC hemorrágico agudo e PAS > 180 mmHg	Redução imediata, 130 < PA < 180 mmHg	Labetalol, Nicardipino	Urapidil
Evento coronariano agudo	Redução imediata da PAS para < 140 mmHg	Nitroglicerina, Labetalol	Urapidil
Edema agudo de pulmão cardiogênico	Redução imediata da PAS para < 140 mmHg	Nitroprussiato ou Nitroglicerina (com diurético de alça)	Urapidil (com diurético de alça)
Doença aórtica aguda	Redução imediata da PAS para < 120 mmHg e frequência cardíaca < 60 bpm	Esmolol e Nitroprussiato ou Nitroglicerina ou nicardipino	Labetalol ou Metoprolol
Eclampsia e pré-eclâmpsia grave /HELLP	Redução imediata da PAS para < 160 mmHg e PAD para < 105 mmHg	Labetalol ou nicardipino e sulfato de magnésio	

Em suma, a diretriz da ISH nos apresenta uma forma mais prática e viável de avaliar os pacientes hipertensos nos diversos cenários de disponibilidade de estrutura de atendimento, treinamento e população de profissionais de saúde disponíveis para essas ações.

Referências

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR et al. 2020 International Society of Hypertension (ISH) global hypertension practice guidelines. *Journal of Hypertension*. 2020;38(6):982-1004. doi: 10.1097/HJH.0000000000002453

