



ISSN 2595-5519

COMPARAÇÃO DAS NOVAS DIRETRIZES NORTE AMERICANA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E BRASILEIRA: O QUE HÁ DE NOVO?

Lucas de Campos¹

Victor Cauê Lopes²

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica constitui importante fator de risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo em vista seu perfil de morbidade e mortalidade. Atinge 32,5% da população adulta no Brasil e correlaciona-se com 69% de primeiros casos de IAM, 77% dos casos de AVE, 75 % dos casos insuficiência cardíaca e 60% dos episódios de doença arterial periférica DAP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os fatores de risco para desenvolver a HAS são a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, dieta hipersódica, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, fatores genéticos (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018). Portanto, pacientes que apresentem algum desses agravantes devem receber atenção especial, e serem colocados em grupo de risco, a fim de prevenir agravos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento da HAS deve ser feito em duas frentes, igualmente importantes, que vão além da tomada de anti-hipertensivos e incluem mudanças no estilo de vida do paciente. O tratamento não medicamentoso da hipertensão engloba medidas como controle do peso, atividade física, dieta balanceada e hipossódica e não ingestão de álcool, tabaco e outras drogas

¹ CAMPOS, Lucas. Graduando do 5º termo de enfermagem da Faculdade AJES. E-mail: lc.campos1998@gmail.com

² LOPES, Victor C. Mestre em Enfermagem e Professor do curso de enfermagem da Faculdade AJES. E-mail: victor_cauê@hotmail.com



ISSN 2595-5519

(FIGUEIREDO; ASAKURA. 2010, p. 783). O tratamento medicamentoso inclui a ingestão periódica de medicamentos anti-hipertensivos, prescritos por profissional médico, de acordo com a necessidade do paciente e com diferentes mecanismos de ação (MANFROI; OLIVEIRA. 2006, p.167).

2. DESENVOLVIMENTO

Trata-se de revisão das últimas diretrizes de hipertensão arterial. A primeira mudança apresentada na nova diretriz americana foi na classificação, considerando um indivíduo normotenso quando sua PA estiver inferior a 120mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e menor que 80mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) (BRUNO, 2018). Sendo que o valor anterior de acordo com era de menor igual a 120mmHg de PAS e menor igual que 80mmHg de PAD, não mudando muito os valores para normotensos.

Segundo *American Heart Association/American College of cardiology* (2017) uma PA será considerada elevada se estiver PAS entre 120-129 mmHg e PSD 80-89 mmHg. Trazendo também uma nova classificação para os hipertensos, que agora são classificados em primeiro (PAS entre 130-139 mmHg e PAD entre 80-89 mmHg) e segundo estágio (PAS acima ou igual 140 mmHg e PAD maior ou igual 90 mmHg). Enquanto a antiga diretriz (JAMES., et al. 2014) trazia como pré-hipertensão 120-139 mmHg de PAS e 80-89 mmHg de PAD, hipertensão estágio I 140-159 mmHg de PAS e 90-99 mmHg de PAD, hipertensão estágio II valores maiores ou igual a 160 mmHg de PAS e maior ou igual a 100 mmHg de PAD. Podendo se observar que os valores atuais sofreram uma redução de 10 milímetros de mercúrio (mmhg) em relação à antiga.

De acordo com dados expostos na publicação de Santos (2018) com essa atualização 45,6% dos americanos adultos passam a ter a doença, que segundo cálculos aumentaram em torno de trinta milhões de pessoas que passaram a ser consideradas como hipertensas,



ISSN 2595-5519

consequentemente aumentando o consumo de medicação em torno de 1,9% entre os acometidos pela doença, passando para 36,2%.

Com essa mudança na diretriz a terapêutica mudou também, sendo que pacientes do primeiro estágio serão medicados apenas se ocorrer um evento cardiovascular ou quando o risco cardiovascular estimado em 10 anos for maior que 10%. Já a HAS em segundo estágio será medicada após uma consulta de reavaliação ou se os níveis encontrados no paciente forem maiores ou iguais 180x110 mmHg, devendo ser medicado na unidade e receber a droga para o tratamento.

A nova diretriz americana propõe uma nova rotina de exames laboratoriais, mais completa que a usada no Brasil. A AHA traz como exames básicos o hemograma, glicose, creatina e taxa de filtração glomerular estimada, sódio, potássio, cálcio, TSH, lipidograma, EAS e eletrocardiograma, enquanto o ácido úrico sérico, a relação albumina-creatina em amostra de urina e o ecocardiograma, foram considerados complementares/opcionais (GISMONDI. 2019). Já no Brasil de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), os exames usados no cotidiano são análise de urina, potássio plasmático, glicemia em jejum, ritmo de filtração glomerular estimada, creatina plasmática, lipidograma, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma.

Por fim, eles mudam a classificação das crises hipertensivas para emergência quando a pressões estiver acima de 180 mmHg PAS e maios que 120 mmHg PAD, e PA acentuadamente elevada se estiver em parâmetros inferiores aos da emergência (<180x<120 mmHg). Em relação ao manejo do cuidado, em situações de emergência admitir na unidade de terapia intensiva (UTI), se apresentar, pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia e crise de feocromocitoma, a PAS deve ser reduzida para menos de 140 mmHg durante a primeira hora, mas se for dissecação de aorta a primeira hora de apresentar resultados inferiores a 120 mmHg. Se o paciente não apresentar nenhuma das complicações sua PA deve baixar 25% na primeira hora, e ficar em observação de 24 horas a 48 horas. Em casos de acentuadamente elevada o atendente deve reinstituir e intensificar a terapêutica anti-hipertensiva usada pelo



ISSN 2595-5519

paciente (AMERICAN HEART ASSOCIATION/AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, 2017, p. 26).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) classifica as crises hipertensivas em urgência, sem lesão de órgão alvo (LOA) com PAD maior ou igual a 120 mmHg, podendo demorar alguns minutos para ser atendido, e emergência, se tiver lesão de órgão alvo com PAD maior ou igual a 120 mmHg, com atendimento imediato. Em relação ao cuidado deve-se afastar a suspeita de pseudocrises, e iniciar a medicação de acordo com protocolo usado pela unidade, a PA deve diminuir 25% do valor na primeira hora, apresentar uma de 160x110-110 mmHg entre duas à seis horas, de 24 horas a 48 horas, os níveis pressóricos devem ser inferiores à 135x85 mmHg.

Discorrer sobre as mudanças na última Diretriz Americana de Hipertensão de 2017 e compará-las com as recomendações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se ressaltar as principais mudanças na última diretriz americana de hipertensão arterial, quanto ao sistema de classificação da pressão arterial, manejo clínico do paciente hipertenso e terapia medicamentosa e compará-las com a diretriz brasileira atual, além de discutir o possível impacto de tais mudanças.

REFERÊNCIAS

BRUNO, Giordano. **Novo guideline 2017 de hipertensão: o que você precisa saber?**. Disponível em: < <https://cardiopapers.com.br/novo-guidelines-2017-de-has/> >. Acesso em: 07 maio 2019.

FIGUEIREDO, Natalia N; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, 2010, vol. 23, ed.6, p.



ISSN 2595-5519

782-7. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf> >. Acesso em: 07 maio 2019.

GISMONDI, Ronaldo. **Nova diretriz de hipertensão muda definição de HAS.** Disponível em:< <https://pebmed.com.br/nova-diretriz-sobre-hipertensao-da-aha-muda-definicao-para-has-veja-os-keypoints/> >. Acesso em: 07 maio 2019

JAMES, Paul A., et al. 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). Disponível em:< <http://www.measureuppressuredown.com/HCProf/Find/BPs/JNC8/specialCommunication.pdf> >. Acesso em: 10 maio 2018.

MANFROI, Angélica; OLIVEIRA, Francisco A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, 2006, vol. 02, ed. 7, p. 165-76. Disponível em:< <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/52/42> >. Acesso em: 07 maio 2019.

SANTOS, Teresa. **Como as novas diretrizes de hipertensão dos EUA afetam a prática clínica brasileira.** Disponível em:< <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502291>>. Acesso em: 10 maio 2019.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia de hipertensão arterial. 2 ed. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em:< http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_hiper.pdf>. Acesso em: 07 maio 2018.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 2016 set, vol. 107 (3). Disponível em:< http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf >. Acesso em: 13 mar. 2019.