

No tratamento da hipertensão, como realizar a escolha inicial e a progressão dos medicamentos anti-hipertensivos?

A escolha inicial do medicamento a ser usado no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é constantemente submetida a numerosos estudos comparativos, nem sempre livres de vieses ou conflitos de interesses. Em meio a tantas informações, as diretrizes mais recentes mantêm a seguinte orientação:

O que realmente importa é o montante da redução alcançada com a medicação e não com qual ou quais medicamentos se obtém tal redução.

Dizendo de outro modo, para um mesmo nível obtido de pressão arterial (PA), utilizando-se diferentes drogas, a redução do risco de eventos cardiovasculares será a mesma.

Desse conceito deriva a seguinte recomendação geral:

Diuréticos (tiazídicos, clortalidona ou indapamida), betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são TODOS ADEQUADOS para o início do tratamento da HAS. (Indicação classe I, nível de evidência A).

Tal recomendação de caráter geral não exclui a importância de se considerar as características específicas de cada paciente, como idade e comorbidades, que influenciam a escolha da medicação com a qual iniciar o tratamento. Os principais exemplos das classes de droga preferíveis para o início do tratamento conforme situações clínicas específicas são:

IDOSOS: Tiazídicos ou antagonistas dos canais de cálcio, por maior eficácia com menos efeitos colaterais nesse grupo;

DIABÉTICOS: IECA ou BRA, pelo efeito nefroprotetor já demonstrado nesse grupo;

SÍNDROME METABÓLICA: IECA ou BRA, antagonistas dos canais de cálcio.

DOENÇA RENAL CRÔNICA E/OU MICROALBUMINÚRIA: IECA ou BRA.

INFARTO PRÉVIO: Betabloqueadores, IECA ou BRA.

ANGINA: Betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: IECA ou BRA, betabloqueadores (esse último deve ser introduzido apenas após a compensação do quadro).

FIBRILAÇÃO ATRIAL: Betabloqueadores

ANEURISMA DE AORTA: Betabloqueadores

GESTAÇÃO: Metildopa, nifedipina de ação prolongada, metoprolol.

AMAMENTAÇÃO: Propranolol, metoprolol, antagonistas dos canais de cálcio, IECA, tiazídicos.

A questão do tratamento dos pacientes da raça negra é controversa num país de grande miscigenação como o Brasil, onde o fenótipo da raça não guarda relação com seu respectivo genótipo e, portanto, não teria relevância clínica. A literatura estrangeira sugere que os pacientes da raça negra sejam inicialmente tratados com um tiazídico ou antagonista do cálcio.

Em relação à escolha de um IECA *versus* BRA, estamos de acordo com os autores que sugerem o início de um IECA e a troca por um BRA naqueles pacientes que apresentem tosse ou angioedema.

ASSOCIAÇÃO DE DROGAS

Uma minoria dos pacientes hipertensos (30-40%) vai responder ao tratamento com uma única droga, geralmente aqueles com HAS leve, grau I (PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-99 mmHg). Se não houve resposta, a sugestão é que se escolha outro medicamento a ser iniciado como monoterapia. Se houve alguma redução da PA, mas ainda insuficiente, a primeira droga pode ser ajustada até a metade da dose máxima e, se isso não for suficiente, uma segunda medicação deve ser introduzida. A ideia de se

utilizar o menor número de medicamentos e sempre em dose máxima vem sendo questionada pelos que defendem um início mais precoce da terapia combinada, com o argumento de que doses máximas raramente acrescentam efeito terapêutico, e trazem maior possibilidade de efeitos colaterais.

A segunda droga a ser introduzida pode ser qualquer outra do grupo de primeira escolha (tiazídicos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, IECA ou BRA). As associações mais recomendadas são: tiazídicos + IECA ou BRA; tiazídicos + antagonistas dos canais de cálcio; IECA ou BRA + antagonistas dos canais de cálcio.

Em pacientes com HAS grau II (PAS \geq 160 e PAD \geq 100 mmHg) é razoável iniciar o tratamento com duas drogas (indicação classe IIb, nível de evidência C). As pílulas combinadas ao invés das drogas em separado não trazem outra vantagem que não uma possível melhor adesão ao tratamento, mas são menos acessíveis. Desse modo, sua indicação é controversa (classe IIB, nível de evidência C).

Medicações como os agonistas centrais (metildopa, clonidina), vasodilatadores diretos (hidralazina) e os alfa bloqueadores (prazosin) são anti-hipertensivos eficazes, mas pelo perfil de efeitos colaterais que apresentam estão reservados para os pacientes que requerem múltiplas drogas.

Por último, seja com a monoterapia ou com a terapia combinada, o clínico deve se lembrar de acessar os efeitos colaterais a cada consulta, para que possa fazer as alterações necessárias e evitar o abandono do tratamento, problema recorrente numa doença assintomática e que requer tratamento medicamentoso por toda a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Guiseppe Mancia, Robert Fajard *et al.* J. Hypertens 2013 jul; 31(7):1281-357.
- 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). Paul A. James, Suzanne Oparil *et al.* JAMA. doi:10.1001/jama.2013.284427.
- 3) www.uptodate.com