

Hipertensão e comorbidades

Como a doença associada muda a conduta

Audes Feitosa, MD, PhD, FESC

Diretrizes Brasileiras 2025 e de Medidas da PA 2023

Ao final desta aula

- 01 Relacionar a comorbidade à meta e à escolha dos medicamentos.
- 02 Distinguir redução da PA de proteção cardíaca e renal.
- 03 Planejar monitorização de sintomas, função renal e potássio.
- 04 Aplicar as recomendações em casos clínicos com doenças associadas.

Mesma PA, decisões diferentes

Casos fictícios: PA 150/90	O que muda a conduta?
A. Angina e infarto prévio	Sintomas, frequência e função ventricular
B. Diabetes e DRC	Albuminúria, função renal e potássio
C. AVC prévio, fase estável	Prevenção secundária e tolerância
D. IC com fração reduzida	Tratamento que melhora o prognóstico

Quatro perguntas antes da prescrição

- 01 Qual doença associada determina maior risco ou prioridade?
- 02 Qual meta é apropriada e como a PA foi medida?
- 03 Quais fármacos tratam também a doença associada?
- 04 Quais efeitos adversos precisam de vigilância neste paciente?

Meta frequente nas comorbidades

<130/80

mmHg no consultório, com avaliação de tolerância e das particularidades clínicas.

A meta precisa de contexto

- 01** Conferir a técnica de medida antes de intensificar o tratamento.
- 02** Pesquisar tontura, síncope e hipotensão ortostática.
- 03** Considerar fragilidade, polifarmácia e função renal.
- 04** Usar MAPA ou MRPA para esclarecer a resposta fora do consultório.

Doença arterial coronariana

DAC

Reduzir risco cardiovascular e controlar isquemia, respeitando a tolerância.

DAC: a escolha acompanha o quadro

- 01 Betabloqueadores têm papel no controle da angina e no pós-infarto.
- 02 BCC também podem controlar sintomas anginosos.
- 03 IECA têm evidência de redução de eventos em DAC de alto risco.
- 04 BRA são alternativa quando há intolerância ao IECA.

DAC: dados que orientam a escolha

Dado clínico	Consequência para a conduta
Angina e frequência elevada	Avaliar indicação de BB
Bradicardia ou bloqueio	Cautela com fármacos que reduzem frequência
Fração de ejeção reduzida	Evitar verapamil e diltiazem
Intolerância ou interação	Rever a combinação e as doses

DAC e pressão diastólica baixa

Redução gradual

Buscar $<130/80$ mmHg, acompanhando sintomas e tolerância.

Interpretação clínica

Um valor baixo isolado, sem sintomas, não exige retirada automática de medicamentos.

Caso 1: angina durante o seguimento

- 01 Homem, 63 anos, DAC estável, PA 148/86 e FC 84 bpm.
- 02 Relata angina aos esforços e usa BRA associado a BCC.
- 03 Quais dados sobre isquemia e função ventricular faltam?
- 04 Como a indicação de um BB modificaria o esquema?

Doença renal crônica

DRC

A conduta combina controle pressórico, proteção renal e vigilância do potássio.

DRC: avaliação que muda o plano

- 01 Estimar a filtração glomerular e acompanhar sua evolução.
- 02 Quantificar albuminúria, preferencialmente pela RAC.
- 03 Verificar potássio e medicamentos em uso.
- 04 Avaliar volume, sintomas e PA fora do consultório.

DRC: meta habitual e situação selecionada

Meta habitual

PA <130/80 mmHg no tratamento conservador.

PAS <120 mmHg

Pode ser considerada em pacientes selecionados, sob vigilância e com medida padronizada.

Por que não aplicar PAS <120 a todos?

- 01 O SPRINT estudou uma população selecionada.
- 02 Excluiu diabetes e algumas formas ou estágios de doença renal.
- 03 Utilizou um protocolo específico de medida da PA.
- 04 A intensificação exige acompanhamento de sintomas e função renal.

DRC: base do tratamento anti-hipertensivo

- 01 IECA ou BRA integram a escolha inicial, salvo contraindicação.
- 02 A DBHA recomenda seu uso com ou sem albuminúria.
- 03 BCC e diuréticos podem completar a associação.
- 04 IECA e BRA não devem ser combinados.

DRC: segurança após ajustes

- 01 Acompanhar potássio e evolução da função renal.
- 02 Investigar hipotensão e alterações do estado volêmico.
- 03 Rever medicamentos que favorecem lesão renal ou hiperpotassemia.
- 04 Planejar reavaliação conforme risco e mudança terapêutica.

Proteção cardiorrenal além da PA

Classe	Contexto abordado na DBHA
iSGLT2	DRC, com ou sem diabetes, conforme indicação
Finerenona	Proteção renal e cardíaca em DM com DRC
Agonistas de GLP-1	Benefícios metabólicos e cardiorrenais em DM
Ponto comum	Efeito na PA é discreto e não define sozinho o uso

Caso 2: diabetes, DRC e PA elevada

- 01 Mulher, 59 anos, DM2, DRC e albuminúria confirmada.
- 02 PA 152/92, em uso apenas de BCC.
- 03 Quais exames e contraindicações devem ser revistos?
- 04 Qual classe acrescenta uma indicação renal ao controle da PA?

Hipertensão na diálise

Método e momento

A PA depende do intervalo entre sessões e do estado volêmico.

Diálise: como avaliar a PA

Modalidade	Método preferencial
Hemodiálise	MAPA de 44 horas no intervalo entre sessões
Diálise peritoneal	MAPA de 24 horas
MAPA indisponível	MRPA como opção
Medidas na unidade	Registrar relação temporal com a sessão

Diálise: metas citadas pela diretriz

Situação	PA, em mmHg
Hemodiálise, pré-sessão	<140/90
Hemodiálise, pós-sessão	<130/80
Hemodiafiltração	<130/80
Diálise peritoneal	<140/90

Evidência limitada: individualizar com a equipe de nefrologia.

Diálise: particularidades dos fármacos

- 01 Diurético de alça tem papel quando existe diurese residual.
- 02 IECA ou BRA e BCC podem compor o tratamento.
- 03 A DBHA destaca BB, especialmente atenolol, se não contraindicado.
- 04 ARM exigem seleção e vigilância cuidadosa do potássio.

Diabetes mellitus

DM

Proteger órgãos-alvo e reconhecer discrepâncias entre a PA dentro e fora do consultório.

DM: avaliação além da glicemia

- 01** Buscar lesão renal com TFG_e e albuminúria.
- 02** Confirmar albuminúria em duas ou três amostras.
- 03** Usar MAPA ou MRPA no diagnóstico e no acompanhamento.
- 04** Pesquisar hipotensão ortostática e limitações funcionais.

DM: meta e estratégia inicial

- 01 A meta recomendada é PA <130/80 mmHg.
- 02 A DBHA recomenda tratamento medicamentoso ao diagnóstico da HA.
- 03 Preferir associação de duas classes, idealmente em um comprimido.
- 04 IECA ou BRA associado a BCC ou tiazídico similar.

DM: benefício e tolerância

Controle da PA

Reduz risco vascular. A diretriz mantém a meta $<130/80$ mmHg.

Intensificação

Exige cautela com hipotensão, hiperpotassemia e limitações funcionais.

DM: escolha e acompanhamento

- 01 Considerar efeitos metabólicos na escolha do diurético.
- 02 Reavaliar a PA após mudanças no tratamento do diabetes.
- 03 iSGLT2, agonistas de GLP-1 e finerenona têm indicações próprias.
- 04 Ensinar a medida domiciliar e conferir o uso real dos medicamentos.

Obesidade e hipertensão

Tratar o peso

O cuidado da obesidade faz parte do controle da PA e do risco cardiovascular.

Obesidade: plano integrado

- 01 Meta de PA <130/80 mmHg.
- 02 Propor perda inicial de 5–10% do peso com mudanças de hábitos.
- 03 Considerar tratamento específico da obesidade quando indicado.
- 04 Reavaliar doses e sintomas à medida que o peso e a PA diminuem.

Obesidade: medicamentos e PA

Anti-hipertensivos

Diuréticos, IECA ou BRA e BCC são opções.
BB conforme indicação específica.

Tratamento do peso

O benefício metabólico e ponderal pode vir acompanhado de redução da PA.

COVID-19: continuidade do tratamento

- 01 HA se associa a maior risco de evolução grave.
- 02 COVID-19, por si só, não justifica suspender IECA ou BRA.
- 03 Reavaliar a terapia conforme pressão, função renal e estado clínico.
- 04 A DBHA recomenda vacinação contra SARS-CoV-2.

AVC prévio e cognição

Fase crônica

O controle da PA integra a prevenção de novos eventos cerebrovasculares.

AVC ou AIT prévio: prevenção secundária

- 01 Buscar PA <130/80 mmHg na fase crônica.
- 02 A DBHA favorece tiazídico ou similar associado a IECA ou BRA.
- 03 Acrescentar BCC di-hidropiridínico quando necessário.
- 04 Acompanhar tolerância, adesão e variações posturais.

Cognição: o que a diretriz sustenta

Controle pressórico

Meta <130/80 mmHg para proteção cognitiva, com individualização.

Limite da evidência

Não há classe anti-hipertensiva definida como superior para prevenir demência.

Caso 3: AVC antigo e tontura

- 01 Paciente, 76 anos, AVC há dois anos, PA sentada 128/76.
- 02 Relata tontura ao levantar após ajuste do tratamento.
- 03 Qual avaliação precisa ocorrer antes de manter o esquema?
- 04 Como conciliar prevenção secundária e tolerância?

Insuficiência cardíaca

IC

A fração de ejeção e a congestão modificam as prioridades do tratamento.

IC: meta com evidência mais limitada

- 01 A DBHA propõe PA <130/80 mmHg, se tolerada.
- 02 A recomendação de meta é fraca, com certeza baixa.
- 03 Faltam ensaios específicos que comparem metas na IC.
- 04 PA baixa isolada não determina retirada automática de terapia.

ICFER: finalidade dos medicamentos

Finalidade	Classes abordadas na DBHA
Melhora do prognóstico	BB, IECA ou BRA e ARM
Terapia específica da IC	Sacubitril/valsartana e iSGLT2
Controle de congestão	Diuréticos quando há hipervolemia
Escolha do esquema	Conforme indicação, tolerância e segurança

Congestão e hipotensão exigem contexto

Se há hipervolemia

Diuréticos ajudam a tratar congestão.
Rever resposta clínica e função renal.

Se há PA baixa

Investigar sintomas, perfusão, volume e interações antes de mudar o esquema.

ICFEp: prioridades de acompanhamento

- 01 Controlar a HA e as demais comorbidades.
- 02 Tratar congestão quando presente.
- 03 A DBHA aborda iSGLT2 e sacubitril/valsartana nesse contexto.
- 04 Individualizar indicações e acompanhar tolerância.

Caso 4: ICFEr e PA abaixo da meta

- 01 Paciente estável, PA 108/68, sem tontura ou síncope.
- 02 Usa medicamentos indicados para a insuficiência cardíaca.
- 03 O valor da PA, sozinho, obriga a reduzir o tratamento?
- 04 Que dados demonstram tolerância ou necessidade de ajuste?

Comorbidade e prioridade terapêutica

Condição	Prioridade que se acrescenta à PA
DAC	Isquemia, pós-infarto e função ventricular
DRC ou DM	Proteção cardiorrenal e albuminúria
AVC prévio	Prevenção secundária na fase crônica
IC	Fenótipo, prognóstico e congestão

Multimorbidade: como resolver conflitos

- 01** Identificar a indicação mais forte de cada medicamento.
- 02** Procurar contraindicações, duplicidades e interações.
- 03** Priorizar um esquema que o paciente consiga seguir.
- 04** Registrar quais resultados clínicos e laboratoriais serão revistos.

Oficina: qual é o problema?

Caso fictício	Pergunta para discussão
DM, consultório alto, MRPA controlada	Intensificar imediatamente?
DRC, IECA + BRA	Qual associação corrigir?
AVC em fase aguda	Aplicar a meta crônica desta aula?
COVID-19 estável, em BRA	Suspender apenas pelo diagnóstico?

Oficina: respostas comentadas

- 01** DM: conferir medidas e discrepância antes de intensificar.
- 02** DRC: corrigir o bloqueio duplo com IECA e BRA.
- 03** AVC agudo: seguir a abordagem específica da fase aguda.
- 04** COVID-19: manter BRA se não houver contraindicação clínica.

Registro clínico que orienta o retorno

- 01 Comorbidades, lesões de órgãos-alvo e prioridade do tratamento.
- 02 Meta de PA, método de medida e tolerância.
- 03 Justificativa das classes e mudanças na prescrição.
- 04 Plano de MAPA ou MRPA, exames e reavaliação.

Quatro pontos para levar à prática

- 01 A doença associada muda a escolha e a vigilância do tratamento.
- 02 A meta $<130/80$ é frequente, mas exige contexto e tolerância.
- 03 Proteção cardiorrenal pode depender de terapias além da redução da PA.
- 04 Medida correta e acompanhamento evitam decisões por um número isolado.

Referências da aula

Brandão AA et al.

Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025.
Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.
DOI: 10.36660/abc.20250624

Feitosa ADM et al.

Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial
Dentro e Fora do Consultório – 2023.
Arq Bras Cardiol. 2024;121(4):e20240113.
DOI: 10.36660/abc.20240113