


## O que há de novo sobre a hipertensão resistente?

### *What's new about resistant hypertension?*

Fernando Antonio de Almeida<sup>1</sup> 

O artigo de revisão “Hipertensão Resistente: Abordagem Clínica”, de Muxfeldt et al.<sup>1</sup>, traz, nesse número da Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, uma excelente atualização clínica do tema. Um dos aspectos mais importantes da hipertensão arterial resistente (HAR) é a confirmação do diagnóstico. Embora pareça óbvio, pois a definição da doença é a hipertensão arterial não controlada com três ou mais medicamentos anti-hipertensivos em doses adequadas incluindo, preferencialmente, um diurético, a frequência da HAR é habitualmente superestimada, tendo em vista a baixa adesão ao tratamento, particularmente em pessoas com as formas mais graves de hipertensão arterial.

Outras condições clínicas podem dificultar o controle pressórico, como a apneia obstrutiva do sono, o consumo excessivo de sal e o excesso de peso. O diagnóstico também pode ser inadequado utilizando-se apenas as medidas da pressão arterial (PA) em consultório. A revisão aborda todos esses aspectos com informações atualizadas. Da mesma forma, revê as diferentes modalidades de tratamento, desde as mudanças de estilo de vida, indispensáveis nos pacientes, até as principais combinações de medicamentos anti-hipertensivos e, finalmente, as intervenções mais invasivas como a denervação simpática renal, a estimulação dos barorreceptores e a anastomose arteriovenosa ilíaca, procedimentos que estão ainda em estudo, mas que podem ser alternativas em casos especiais.

Um estudo multicêntrico brasileiro (ReHOT)<sup>2</sup> que vai se tornar uma referência mundial nessa área, comparou a clonidina com a espironolactona como a quarta droga a ser introduzida para o controle da pressão arterial em indivíduos com HAR verdadeira, confirmada com monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) após 12 semanas de tratamento padrão. Um dos aspectos mais interessantes do estudo foi ter documentado e monitorado a adesão ao tratamento medicamentoso e o controle pressórico. Foram admitidos

no estudo 1.597 pacientes com hipertensão estágio 2 (63%) ou 3 (37%) tratados e não controlados, com média da PA de 172,5/102,4 mmHg. No período inicial do estudo, receberam a tríplice terapia padrão com inibidor da enzima de conversão da angiotensina (enalapril 20 mg 2x/dia) ou bloqueador dos receptores da angiotensina II (losartan 50 mg 2x/dia), diurético (clortalidona 25 mg/dia) e bloqueador dos canais de cálcio (amlodipina 5–10 mg/dia). Desses pacientes, 1.144 (71,6%) tiveram boa adesão e a PA controlada, enquanto outros 215 (13,4%) tiveram a PA controlada mesmo sem uma boa adesão ao tratamento. Portanto, 85% dos participantes supostamente portadores de HAR controlaram a PA com o fornecimento da medicação padrão e a monitoração da adesão ao tratamento medicamentoso. Na fase seguinte do estudo, com 187 participantes randomizados, a adição da clonidina (até 600 mcg/dia) e/ou da espironolactona (25 a 50 mg/dia) promoveu efeito anti-hipertensivo semelhante, no entanto a espironolactona provocou menos efeitos colaterais e teve melhor desempenho na MAPA. Por essas razões e pela comodidade de poder ser administrada em dose única diária, os autores do estudo concluíram que a espironolactona deve ter preferência como a quarta medicação anti-hipertensiva para a HAR.

### REFERÊNCIAS

1. Muxfeldt ES, Barreira BFC, Rodrigues CIS. Hipertensão resistente: abordagem clínica. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(3):128-37. <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i3a3>
2. Krieger EM, Drager LF, Giorgi DMA, Pereira AC, Barreto-Filho JAS, Nogueira AR, et al. Spironolactone versus clonidine as a fourth-drug therapy for resistant hypertension. The ReHOT Randomized Study (Resistant Hypertension Optimal Treatment). Hypertension. 2018;71(4):681-90. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10662>

#### Como citar este artigo:

Almeida FA. O que há de novo sobre a hipertensão resistente? Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(3):121. <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i3a1>

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.  
Autor correspondente: Fernando Antonio de Almeida – Rua Joubert Wey, 290 – CEP: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: faalmeida@pucsp.br