

A MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL) MODIFICA O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL?

PONTO DE VISTA – SIM

O aspecto crucial e responsável pelas modificações no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial é a possibilidade da medida da pressão arterial fora do consultório médico na prática clínica diária pela MAPA, cujos valores obtidos apresentam melhor correlação com mortalidade cardiovascular do que os obtidos em casa e no consultório (Figura 1)¹.

Com relação ao diagnóstico, basta dizer que antes da MAPA existiam somente duas possibilidades diagnósticas: normotensão e hipertensão. Foi a MAPA que possibilitou o conhecimento de outros dois diagnósticos: a hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada. Estes diagnósticos só podem ser estabelecidos com o uso da medida da pressão arterial fora do consultório médico pela MAPA ou MRPA (monitorização residencial da pressão arterial). Não existe outra maneira. A frequência destes diagnósticos não é desprezível. No nosso ambulatório, em 183 pacientes sob placebo submetidos a medida da pressão arterial no consultório e pela MAPA, foram identificados 46% de hipertensos, 22% de normotensos, 20% de hipertensos do avental branco e 12% de hipertensos mascarados (Figura 2)². Portanto, para o diagnóstico correto das quatro possibilidades diagnósticas, há necessidade do conhecimento da pressão arterial fora do consultório pela MAPA ou MRPA.

No que diz respeito ao tratamento, a única maneira de se identificar se a pressão arterial está controlada nas 24 horas é pela MAPA. Não existe outra. Talvez isto já bastasse para justificar o “sim” à pergunta feita, porque é graças à MAPA que se pode ajustar a medicação para obter controle da pressão nas 24 horas evitando ocorrências indesejáveis como a elevação rápida da pressão arterial pela manhã, que está associada a eventos cerebrovasculares isquêmicos³. É importante acrescentar que, segundo as Diretrizes Brasileiras, a MAPA está indicada para hipertensos tratados com pressão arterial sob controle ou não (grau de recomendação IIa e nível de evidência B)⁴. Clement et al. mostraram que, independentemente do nível de pressão arterial no consultório, hipertensos que na MAPA apresentam pressão de 24 horas acima de 135/85 mmHg apresentam risco cardiovascular duas a três vezes maior do que os que apresentam pressão de 24 horas abaixo de 135/85 mmHg, donde se conclui que o importante para se ter risco cardiovascular menor é estar com a pressão arterial controlada na avaliação realizada pela MAPA⁵.

Portanto, não há como negligenciar as evidências científicas de que para se praticar uma boa medicina e oferecer o que há de melhor aos nossos pacientes, a MAPA deve fazer parte do diagnóstico e da avaliação do tratamento da hipertensão arterial.

DECIO MION JR.

Figura 1 – Morte cardiovascular e pressão arterial pela MAPA, casa e consultório

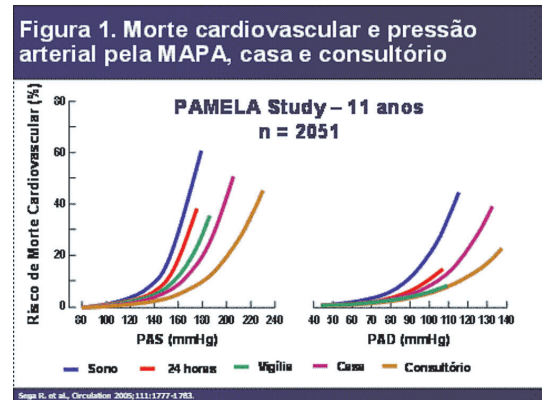
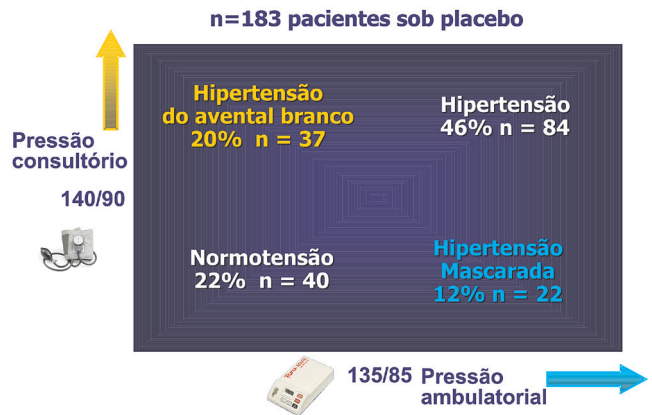


Figura 2 – Quarteto diagnóstico



Referências

1. Segá R, Facchetti R, Bombelli M, Corrà G, Grassi G, Mancia G. Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study. *Circulation*. 2005; 111(14):1777-83.
2. Segre CA, Ueno RK, Warde KRJ, Accorsi TAD, Miname MH, Chi CH, et al. Efeito Hipertensão e Normotensão do Avental Branco na Liga de Hipertensão do Hospital das Clínicas, FMUSP. Prevalência, características clínicas e demográficas D. *Arq Bras Cardiol*. 2003;80(2):117-21.
3. Kario K, Pickering TG, Umeda Y, Hoshida Y, Moronari M, Murata M, et al. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives. *Circulation*. 2003;107(10):1401-6.
4. IV Diretriz para uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(Supl 2):1-18.
5. Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA, Leeuw PW, Duprez DA, Fagard PH, et al. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. *N Engl J Med*. 2003;348(24):2407-15.