

A TENSÃO ABOMINÁVEL - CASO CLÍNICO DE HIPERTENSÃO RESISTENTE

Filipe António Martins^{1*}, Inês Andias Ferreira², Marta Sousa Cardoso³, Cláudia Resende⁴, Margarida Barroso⁵, Bárbara Torres⁶, Raquel Landeiro⁷

^{1,2,3,4,5} Unidade Local de Saúde da Lezíria, Santarém, Portugal, Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

^{6,7} Unidade Local de Saúde da Lezíria, Santarém, Portugal, Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar

* Autor para correspondência: filipemartins005@gmail.com

<https://doi.org/10.58043/rphrc.201>

Palavras-Chave:

Hipertensão
resistente à terapia
convencional,
Pressão arterial e
Risco
cardiovascular

Resumo

A hipertensão arterial resistente (HAR) é uma condição complexa, caracterizada por valores tensionais elevados apesar de terapêutica otimizada com três ou mais fármacos. Este artigo descreve o caso de um homem de 58 anos, com um complexo historial de multimorbilidade (HTA, diabetes tipo 2, obesidade e dislipidemia). Apesar de seguimento em várias especialidades (Cardiologia, Nefrologia, Medicina Geral e Familiar), o controlo tensional manteve-se insuficiente, com episódios de incumprimento terapêutico, intolerâncias medicamentosas e suspeita de HTA de bata branca. A abordagem multidisciplinar revelou-se essencial, mas insuficiente sem o compromisso do utente. O caso evidencia o papel central da Medicina Geral e Familiar (MGF) na coordenação de uma patologia com esta complexidade, assegurando a comunicação eficiente entre níveis de cuidados, uma monitorização rigorosa e da educação terapêutica para o controlo eficaz da HAR em contexto de Medicina Geral e Familiar.

Abstract

Resistant Hypertension (RH) is a complex condition, characterized by persistently elevated blood pressure despite optimized therapy with three or more medications. This article describes the case of a 58-year-old man with a complex history of multimorbidity (hypertension, type 2 diabetes, obesity, and dyslipidemia). Despite follow-up in various specialties (Cardiology, Nephrology, General and Family Medicine), blood pressure control remained insufficient, with episodes of therapeutic non-adherence, medication intolerances, and suspected white-coat hypertension. The multidisciplinary approach proved essential, but insufficient without patient commitment. The case highlights the central role of Family Medicine (FM) in coordinating a condition of this complexity, ensuring efficient communication between levels of care, rigorous monitoring, and therapeutic education for the effective control of RH within a FM context.

Keywords:

Hypertension
Resistant to
Conventional Therapy,
Blood pressure and
Cardiovascular Risk

Introdução

A hipertensão arterial resistente (HAR) é uma condição clínica desafiante, definida pela pressão arterial persistentemente elevada apesar do uso de três ou mais fármacos anti-hipertensivos de diferentes classes e em doses otimizadas. Estima-se que 10-20% dos doentes hipertensos preencham estes critérios, o que representa um importante desafio clínico devido à sua associação com maior risco cardiovascular e mortalidade.¹ É de realçar a importância de uma visão holística na abordagem à hipertensão arterial (HTA) em utentes que apresentam um difícil controlo tensional, integrando fatores biomédicos, psicossociais e comportamentais, especialmente em indivíduos com

múltiplas comorbilidades e difícil controlo tensional.² A fisiopatologia da HAR é multifatorial, sendo crucial a avaliação de um caso clínico do utente diagnosticado com HTA de difícil controlo, além de uma interpretação das diferentes causas e fatores relacionados com a abordagem, gestão da doença pelo próprio e pela equipa multidisciplinar.

Descrição do Caso

Homem de 58 anos, operador de máquinas, com antecedentes pessoais de HTA, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, dislipidemia, esteatose hepática, síndrome depressivo e hiperplasia benigna da próstata. Medicado



em 2009 com estatina, biguanida, Alfa-bloqueantes seletivos dos recetores α_1A adrenérgicos, bloqueando os recetores beta-1, Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA), antiagregante plaquetário e inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), e tendo seguimento em consulta de Cardiologia (CC) desde 2004 até 2009 para estudo de HTA.

Em 2010, o doente apresentou episódios de elevação da pressão arterial, sem evidência de lesão aguda de órgão-alvo, com múltiplas idas ao serviço de urgência (SU), resultando em nova reconciliação terapêutica com substituição de IECA para bloqueadores dos recetores da angiotensina II (ARA), bem como de nova referênciação a CC. Na CC, em março do mesmo ano, apresentava valores tensionais normais (VTN), tendo sido realizado estudo de HTA secundária com ecografia renal normal, e mantendo a terapêutica.

Entre finais de 2010 e inícios de 2011, verifica-se, em consultas com médico de família (MF), incumprimento terapêutico, e em julho de 2011 volta a apresentar valores de pressão arterial novamente elevados, com substituição para outro ARA e início de bloqueadores dos canais de cálcio e diurético.

Em 2012, teve alta da CC com valores tensionais controlados no domicílio, no entanto mantinha valores elevados em consulta. Entre 2012 e 2017, foram documentados, pelo MF, episódios de adesão terapêutica irregular, com referência a efeitos adversos que motivaram a interrupção espontânea ou substituição de fármacos. A junho de 2017, recorre novamente ao SU por elevação acentuada da pressão arterial, onde foi, mais uma vez, otimizada a terapêutica com aumento de dosagem de ARA, introdução de antagonista da aldosterona e solicitado MAPA 24h, que não realizou.

Em 2018, encaminhado novamente a CC. Nesta apresentava VTN, com agravamento da função renal, tendo sido encaminhado para consulta de Nefrologia. Nesta consulta, em janeiro de 2020, apresentava VTN e melhoria ligeira da função renal, porém com edema dos membros inferiores, tendo sido introduzido diurético de ansa e suspenso o diurético anterior.

Durante o período de 2020 a 2023, manteve valores tensionais controlados no domicílio, com melhoria da função renal e oscilações de peso, após iniciar agonista dos recetores do GLP1.

Entre 2023 e 2024, retoma as consultas com MF com agravamento do quadro depressivo, da Hemoglobina glicada e do perfil tensional.

Discussão

Apesar de toda a otimização terapêutica e seguimento em diversas especialidades, o utente manteve um controlo insuficiente da pressão arterial. Tal pode ser atribuído à adesão terapêutica inconsistente, possível HTA bata branca e variabilidade técnica na medição da PA. Estudos demonstram que a má adesão à terapêutica é responsável por até 50% dos casos de HAR, e a ausência de MAPA dificulta a realização do diagnóstico correto e limita a avaliação deste caso¹. A avaliação de causas secundárias, como apneia obstrutiva do sono e o hiperaldosteronismo primário, deve ser considerada, uma vez que estão frequentemente associadas à HAR². A ausência destes elementos limitaram a avaliação adequada da resistência verdadeira versus aparente.

É de ressaltar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para um diagnóstico e utente complexo, como este. Este caso demonstra a importância de uma análise holística em Medicina Geral e Familiar, bem como a sua importância na gestão do doente e das suas expectativas. Manter os registos clínicos atualizados e assegurar uma comunicação eficiente entre níveis de cuidados são cruciais para a integração da informação do utente em contexto multidisciplinar e para a avaliação da adesão terapêutica, otimizando a gestão desta patologia crónica e complexa.

No entanto, podemos concluir que este caso evidencia boas práticas replicáveis, como manter uma vigilância clínica continuada em MGF, adaptar à evolução clínica a reconciliação terapêutica, tentando sempre envolver o utente nas decisões sobre o seu plano terapêutico.

A replicação destas boas práticas, associado a boas estratégias educativas e motivacionais, poderá contribuir significativamente para a melhoria do controlo tensional e da qualidade de vida de doentes com HAR.

Referências

1. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmelfarb CR, et al.

Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2018;72(5):e53–e90.

2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127–248.

3. Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education

Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation*. 2008;117(25):e510–26

4. Calhoun DA, Harding SM. Sleep and hypertension: pathophysiologic mechanisms and treatment considerations. *Chest*. 2007;131(2):596–602.

5. de Jager RL, van Maarseveen EM, Bots ML, Blankestijn PJ. Medication adherence in patients with apparent resistant hypertension: assessing use of antihypertensive drugs with LC–MS/MS urine analysis. *J Hypertens*. 2018;36(8):1688–94.

6. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*.