

AUTOR: Hugo Farah Affonso Alves, UFRJ; Lucca Kimura, UFRJ; Bianca Viegas, HUCFF; Fernanda Oliveira Carlos, HUCFF; Bernardo Chedier, HUCFF; Elizabeth Silaid Muxfeldt, HUCFF.  
UFRJ – Universidade Federal Do Rio De Janeiro; HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

## 57319 - HIPERTENSÃO REFRACTÁRIA E IMPACTO CARDIOVASCULAR: EVOLUÇÃO DAS LESÕES SUBCLÍNICAS NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS ESPIRONOLACTONA EM UMA COORTE DE HIPERTENSOS RESISTENTES

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão refratária (HARf) representa o fenótipo extremo da hipertensão resistente (HAR), sendo considerada a falência ao tratamento apesar do uso de 5 ou mais classes de anti-hipertensivos, incluindo um diurético tiazídico de longa ação e um antagonista mineralocorticoide. Nesse sentido, há a necessidade de estudos que apontem o impacto do uso da espirolactona sobre a progressão das lesões subclínicas nos considerados refratários.

**OBJETIVO:** Caracterizar a progressão das lesões subclínicas de órgãos-alvo em indivíduos com HARf de uma extensa coorte de hipertensos resistentes, em dois diferentes períodos: pré e pós introdução da espirolactona.

### MATERIAIS E MÉTODOS:

- ✓ Desenho do estudo: Transversal de acompanhamento
- ✓ População: coorte de hipertensos resistentes (pré-espirolactona n=1048; pós-espirolactona n=902)
- ✓ Protocolo padrão: cadastro de características sociodemográficas e antropométricas, exames laboratoriais, MAPA-24h, ecocardiografia e quantificação da velocidade de onda de pulso (VOP). Em um segundo momento, tais variáveis foram acompanhadas após a introdução da espirolactona;
- ✓ Análise estatística bivariada comparou tais características entre resistentes e refratários, enquanto a regressão logística possibilitou uma avaliação independente naqueles com HARf.

**RESULTADOS:** A prevalência de HARf no período pré espirolactona foi de 13.9% e no pós foi de 17.6%.

Características basais da população total e de Hipertensão Resistente ou Hipertensão Refratária. (A) período pré-espirolactona; (B) período pós-espirolactona.

(A) Período pré-espirolactona			
Dados Sociodemográficos e Antropométricos	Total (n=1.048)	Hipertensão Resistente (n=902)	Hipertensão Refratária (n=146)
Sexo Feminino (%)	72.3	72.4	71.9
Idade (anos)	61.2 ± 11.3	61.7 ± 11.2	58.5 ± 11.5†
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	30.1 ± 5.7	29.9 ± 5.7	31.3 ± 5.7†
Circunferência cintura (cm)	100 ± 13	100 ± 13	102 ± 13†
<b>Fatores de risco Cardiovascular</b>			
Obesidade (%)	48.1	46.2	59.6†
Sedentarismo (%)	73.5	73.3	74.7

(B) Período pós-espirolactona			
Dados Sociodemográficos e Antropométricos	Total (n=835)	Hipertensão Resistente (n=688)	Hipertensão Refratária (n=147)
Sexo Feminino (%)	73.5	73.3	74.8
Idade (anos)	69.0 ± 11.0	69.8 ± 10.9	65.6 ± 10.9‡
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	30.1 ± 5.6	30.0 ± 5.6	31.0 ± 5.5*
Circunferência cintura (cm)	100 ± 12	100 ± 13	101 ± 11
<b>Fatores de risco Cardiovascular</b>			
Obesidade (%)	49.0	47.4	56.5*
Sedentarismo (%)	72.2	71.9	73.5

Lesões subclínicas de acordo com diagnóstico de HAR ou HARf. (A) pré-espirolactona; (B) pós-espirolactona.

(A) Período pré-espirolactona			
Lesões de órgão alvo assintomáticas	Total Pacientes (n=1.048)	Hipertensão Resistente (n=902)	Hipertensão Refratária (n=146)
Índice de massa VE (g/m <sup>2</sup> )	121 ± 35	120 ± 34	130 ± 38 †
HVE(%)	71.2	70.0	78.9 *
VOP (m/s)	8.6 ± 1.9	8.6 ± 2.0	8.4 ± 1.5
VOP > 10m/s (%)	20.0	21.1	16.9
DRC estágio 3 (%)	34.6	34.3	37.0
Albuminúria (mg/24h)	13.6 [6.7-26.4]	13.4 [6.6-26.1]	14.5 [6.9-27.7]
Albuminúria>30mg/24h(%)	33.1	32.2	39.0
<b>Doenças cardiovasculares prévias</b>			
Doença Coronariana (%)	24.2	24.2	24.7
AVE (%)	15.7	14.7	21.9 *
ICC (%)	5.1	4.9	6.2
DAOP (%)	11.6	12.2	8.2
DRC estágio 4/5	4.6	4.8	3.4
(B) Período pós-espirolactona			
Lesões de órgão alvo assintomáticas	Total (n=835)	Hipertensão Resistente (n=688)	Hipertensão Refratária (n=147)
Índice de massa VE(g/m <sup>2</sup> )	120 ± 33	121 ± 33	119 ± 34
HVE(%)	70.7	71.4	67.6
VOP (m/s)	8.6 ± 1.9	8.6 ± 2.0	8.3 ± 1.6
VOP > 10m/s (%)	19.9	21.4	13.3*
DRC estágio 3 (%)	34.6	34.3	37.0
Albuminúria (mg/24h)	14.6 [6.9-32.7]	14.0 [6.8-32.8]	16.2 [7.5-31.4]
Albuminúria>30mg/24h(%)	31.4	32.1	27.9
<b>Doenças cardiovasculares prévias</b>			
Doença Coronariana (%)	24.3	24.1	26.2
AVE (%)	14.6	14.8	13.6
ICC (%)	4.3	4.5	3.4
DAOP (%)	10.7	11.8	5.4 *
DRC estágio 4/5	4.1	4.5	2.0

Regressão logística multivariada para covariáveis independentemente associadas com Hipertensão Refratária no período pré-espirolactona (modelo 1) e período pós espirolactona (modelo 2).

Modelo 1 – Hipertensão Refratária período pré-espirolactona			
Covariáveis	Odds ratio	95% CI	p valor
Sexo Masculino	1.26	0.81-1.98	0.305
Idade < 60 anos	1.57	1.06-2.32	0.025
Tabagismo	1.96	1.14-3.39	0.016
Obesidade	1.79	1.12-2.84	0.014
Acidente Vascular Encefálico	1.59	0.99-2.56	0.053
Hipertrofia de ventrículo Esquerdo	1.61	1.02-2.53	0.04
Circ. Cintura aumentada <sup>a</sup>	1.27	0.70-2.28	0.431

Modelo 2 – Hipertensão Refratária período pós-espirolactona			
Covariáveis	Odds ratio	95% CI	p valor
Sexo masculino	0.99	0.62-1.58	0.960
Idade < 60 anos	2.08	1.34-3.23	0.001
Obesidade	1.31	0.86-1.98	0.205
Dislipidemia	0.69	0.44-1.07	0.097
VOP > 10m/s	0.80	0.44-1.45	0.462
Doença arterial periférica	0.34	0.12-0.96	0.042

**CONCLUSÃO:** Os indivíduos com HARf, quando comparados aos com HAR, são mais jovens, mais obesos com maior prevalência de tabagismo, AVE, HVE e albuminúria. No entanto, a despeito do descontrole pressórico na MAPA-24h, a introdução da espirolactona aparenta impactar na rigidez aórtica e na redução de doença arterial periférica, sugerindo uma redução do risco CV pela ação de remodelação vascular dos inibidores de mineralocorticóides.