

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ANTES DA IDADE ADULTA

Eixo temático: Saúde da Criança

Camila Müller dos Santos Araújo¹, Jade Fernandes de Melo¹,
Carolina de Souza Miranda¹, Artur Laizo¹

Introdução: O diagnóstico precoce da hipertensão arterial ainda na infância é importante para aumentar as chances de se obter tratamento adequado e diminuir as consequências da doença. No Brasil, a hipertensão atinge cerca de 5% a 13% da população infantil. Hoje é possível detectar não só a hipertensão secundária em crianças, mas também aquela que representa início precoce da hipertensão essencial.^{1,2,3} **Objetivo:** O trabalho consiste em uma revisão da literatura sobre técnicas de medida da pressão arterial em crianças e adolescentes, classificação dos níveis tensionais e principais etiologias encontradas. **Metodologia:** Foram pesquisados artigos clássicos e revisão sistemática da literatura atual, por meio de busca eletrônica nos principais bancos de dados atuais. **Resultados:** Ficou estabelecido o percentil de pressão arterial em crianças de acordo com idade, sexo e percentil de altura,^{3,4,5,6,7} que deve ser obtido com a comparação da estatura da criança com a curva normal de crescimento.^{8,9} Com base nesses dados, ficou estabelecido o seguinte: Pressão arterial normal = abaixo do p90; Pré-hipertensão = PA entre p90 e p95; HAS estágio 1 = PA > p95 até 5 mmHg da p99; HAS estágio 2 = PA > 5mmHg da p99; Crianças > 12 anos com PA maior ou igual a 120 x 80 mmHg = pré-hipertensos.¹⁰ Em crianças acima de 3 anos, a aferição deve ser rotina e, abaixo, só em casos especiais. A criança deve estar calma, em ambiente agradável, após 5 a 10 minutos em repouso; para crianças maiores de 3 anos, utiliza-se a posição sentada com braço direito estendido na altura do coração, enquanto para menores de 3 anos utiliza-se o decúbito dorsal. A escolha do manguito deve ser feita de maneira que ocupe 40% da medida do braço e 80% a 100% da circunferência.¹¹ A pressão sistólica em membros inferiores deve ser averiguada sempre que a pressão estiver elevada nos membros superiores. Essa avaliação pode ser realizada com o paciente em decúbito dorsal, o manguito deve ser colocado na região da panturrilha, cobrindo, pelo menos, 2/3 da distância entre o joelho e o tornozelo.^{12,13} Entre as principais etiologias, são observadas: trombose de vasos renais; doenças renovasculares; malformações renais; coarctação de aorta; broncodisplasia pulmonar; doenças do parênquima renal; hipertensão primária; causas endócrinas e iatrogênicas.¹⁴ **Conclusão:** Diante da leitura dos temas avaliados, concluímos pela importância do acompanhamento da pressão arterial ainda na infância, como forma de prevenção de futuras complicações na vida adulta.

REFERÊNCIAS

1. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Informe Epidemiológico do SUS. 1993; 3:59-75.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arq Bras Endocrinol Metab. 1999; 43:257-86.
3. National High Blood Pressure Education Program. Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. Update on the 1987 Task Force Report on high blood pressure in children and adolescents: a working group report from the National High Blood Pressure Education Program. Pediatrics. 1996; 98:649-57.
4. Rosner B, Prineas J, Loggie JMH, Daniels SR. Blood pressure monograms for children and adolescents, by height, sex and age, in the United States. J Pediatr. 1993; 23:871-86.
5. Morgenstern B. Blood pressure, hypertension and ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents.

¹ Unipac – Juiz de Fora/MG.
Contato: camila_m_santos@hotmail.com.

Am J Hypertens. 2002; 15(2 Pt 2):64S-66S.

6. Wuhl E, Hadtstein C, Mehls O, Schaefer F. The ESCAPE Trial Group. Home, clinic, and ambulatory blood pressure monitoring in children with chronic renal failure. *Pediatr Res.* 2004; 55:492-5.
7. Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia.* 2001; 77(6):576-81.
8. Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 641-56.
9. Berenson G, Wattigney W, Tracy R. Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (the Bogalusa Heart Study). *Am J Cardiol.* 1992; 770:851.
10. Koch VH. Pressão arterial em pediatria: aspectos metodológicos e normatização. *Rev Bras Hipertens.* 2000; 1:71-8.
11. Clarke WR, Woolson RF, Lauer RM. Changes in ponderosity and blood pressure in childhood: The Muscatine Study. *Am J Epidemiol.* 1986; 124:195-206.
12. Londe S. Blood pressure in children as determined under office condition. *Clin Pediatr (Phila).* 1966; 5:71-8.
13. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, detection evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine.* 1997; 157:2413-46.
14. Bartosh SM, Aronson AJ. Childhood hypertension: an update on etiology, diagnosis and treatment. *Pediatr Clin North Am.* 1999; 46:235-52.