

Tratando Números ou Pacientes? Repensando a Hipertensão Supina em Adultos Hospitalizados

Treating Numbers or Patients? Rethinking Supine Hypertension in Hospitalized Adults

Cassiano Teixeira^{1,2,3}

ICU – Hospital Nora Teixeira – Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre,¹ Porto Alegre, RS – Brasil

ICU – Hospital de Clínicas de Porto Alegre,² Porto Alegre, RS – Brasil

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Faculdade de Medicina,³ Porto Alegre, RS – Brasil

Resumo

O monitoramento da pressão arterial (PA) em ambiente hospitalar frequentemente leva à detecção de leituras elevadas isoladas, particularmente na posição supina durante verificações noturnas. No entanto, evidências crescentes sugerem que esses valores hipertensivos transitórios – frequentemente denominados “hipertensão supina” – podem não justificar intervenção farmacológica na ausência de lesão aguda em órgão-alvo. Este artigo de opinião argumenta contra o tratamento reflexivo da hipertensão supina em pacientes hospitalizados e destaca os riscos associados ao manejo agressivo. O monitoramento excessivo e a falta de interpretação contextual das flutuações da PA podem expor os pacientes a danos desnecessários.

São 2 da manhã e uma enfermeira registra uma PA de 178/96 mmHg em um paciente deitado tranquilamente na cama. Sem sintomas. Sem sinais de lesão em órgão-alvo. Mesmo assim, o dado é sinalizado, um médico é chamado e, em poucas horas, um anti-hipertensivo é prescrito. Parece familiar?

Em hospitais modernos, onde o monitoramento contínuo é rotineiro e os alertas são automatizados, esse cenário é cada vez mais comum. No entanto, faz sentido tratar uma leitura isolada da PA em decúbito dorsal em um paciente sem queixas cardiovasculares e sem urgência hipertensiva? Evidências sugerem não apenas que isso pode ser desnecessário, mas também prejudicial.¹⁻³ Pacientes hospitalizados frequentemente são submetidos à medição da pressão arterial (PA) em horários e posições que não refletem suas normas fisiológicas. Uma revisão sistemática histórica descobriu que 50% a 70% dos pacientes internados

apresentam pelo menos uma medição elevada da PA (> 140/90 mmHg) durante a hospitalização.⁴ Essas leituras geralmente ocorrem durante as horas noturnas, na posição supina, e são influenciadas por estresse, dor, ansiedade ou até mesmo retenção urinária. De fato, estudos mostram que a pressão sistólica na posição supina pode ser até 8 mmHg maior do que na posição sentada.⁵⁻⁷ Essa disparidade alimentou uma epidemia silenciosa: o tratamento excessivo da hipertensão transitória em pacientes internados. A dependência de limiares automatizados em vez do julgamento clínico pode levar os médicos a agirem de forma reflexiva. No entanto, nem todos os números precisam ser perseguidos. Tratar elevações da PA em hospitais como se fossem diagnósticos ambulatoriais corre o risco de medicalizar as flutuações fisiológicas normais.

Vários estudos demonstraram que a intensificação da terapia anti-hipertensiva em pacientes sem evidências de danos em órgãos-alvo não melhora os resultados a longo prazo e pode, de fato, levar a danos.¹⁻³ Relataram que pacientes internados cujos regimes foram intensificados durante a hospitalização não apresentaram melhor controle da PA um ano depois. Pior ainda, eles apresentaram maiores taxas de lesão renal aguda, síncope e transferências não planejadas para a UTI.^{1,2} A justificativa fisiológica é simples. Muitos pacientes hospitalizados — especialmente idosos e frágeis — apresentam respostas autonômicas prejudicadas. A redução abrupta da PA, particularmente à noite, pode inclinar a balança para hipoperfusão cerebral, quedas ou isquemia miocárdica. A hipercorreção farmacológica da hipertensão supina assintomática, neste contexto, não é apenas desnecessária — pode ser perigosa.^{8,9}

Antes de iniciar o tratamento para hipertensão em decúbito dorsal, se deve descartar a hipotensão ortostática, uma condição comum, porém subdiagnosticada, em pacientes hospitalizados. A hipotensão ortostática é definida como uma queda sustentada da PA sistólica $\geq$ 20 mmHg ou da PA diastólica $\geq$ 10 mmHg em até três minutos após a posição ortostática.¹⁰⁻¹² O tratamento da PA supina sem avaliar os valores em posição ortostática pode mascarar essa vulnerabilidade subjacente. Em pacientes com hipotensão ortostática neurogênica, o tratamento agressivo da hipertensão em decúbito dorsal pode exacerbar a hipotensão diurna e provocar síncope ou quedas.^{13,14} A elevação da cabeceira da cama, refeições pequenas e frequentes e horários de medicação noturnos costumam ser mais apropriados do que anti-hipertensivos padrão nesses casos.¹⁵

Palavras-chave

Hipertensão; Pacientes Internados; Hipotensão Ortostática

Correspondência: Cassiano Teixeira •

Rua Faria Santos, 395/1101. CEP 90670-150, Petrópolis, Porto Alegre, RS – Brasil

E-mail: cassiano.rush@gmail.com

Artigo recebido em 08/05/2025, revisado em 28/07/2025, aceito em 28/07/2025

Editor responsável pela revisão: Paulo B. Veiga Jardim

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250324>

A obsessão por números em detrimento do contexto está no cerne desta questão. As leituras da PA devem ser interpretadas no contexto clínico em que foram obtidas. Foram aferidas durante dor? Durante ansiedade? À noite, em um quarto escuro com atividade mínima? O paciente estava com a bexiga cheia? Todos esses fatores podem elevar temporariamente a PA. Além disso, diferentemente do tratamento ambulatorial, em que a elevação consistente em múltiplas leituras é necessária para definir hipertensão, o diagnóstico em regime de internação frequentemente depende de um ou dois valores fora do contexto. Essa prática contradiz as recomendações das diretrizes atuais, que enfatizam a interpretação e o acompanhamento cautelosos em vez do tratamento impulsivo.^{5-8,12}

Existem, é claro, situações em que a PA elevada em pacientes hospitalizados deve ser abordada. A presença de emergências hipertensivas – como acidente vascular cerebral agudo, infarto do miocárdio ou dissecação aórtica – justifica tratamento farmacológico imediato.² Da mesma forma, pacientes com hipertensão sabidamente mal controlada e PA persistentemente elevada durante a admissão podem se beneficiar de ajustes em seu regime crônico. No entanto, na ausência de sintomas ou danos em órgãos-alvo, a hipertensão isolada em posição supina em pacientes internados por condições não cardiovasculares raramente justifica agentes anti-hipertensivos intravenosos ou mesmo escalonamento da dose oral.^{13,15} A estratégia

de tratamento apropriada para a maioria dos casos de hipertensão em posição supina em pacientes internados é reconhecer a elevação, documentar a ausência de danos em órgãos-alvo e planejar o acompanhamento ambulatorial. Se a hipertensão for persistente em diferentes momentos e posições corporais, o monitoramento ambulatorial ou domiciliar da PA após a alta pode orientar as decisões terapêuticas a longo prazo. Esforços para intensificar a terapia em ambiente hospitalar frequentemente levam à alta dos pacientes com regimes desnecessariamente complexos. Esses regimes são frequentemente modificados ou descontinuados em poucas semanas, destacando a ineficácia e a instabilidade de tais decisões quando tomadas durante doenças agudas.^{11,14}

A hipertensão em decúbito dorsal durante a hospitalização não deve desencadear um reflexo automático de prescrição. Em vez disso, os médicos devem recuar, considerar a postura, o contexto e a fisiologia subjacente e se perguntar: “O que estou realmente tratando?”. O controle agressivo da PA em pacientes internados, particularmente em pacientes assintomáticos sem lesão em órgão-alvo, pode criar mais problemas do que soluções (Tabela 1). Devemos parar de deixar que as máquinas ditem nossas decisões médicas e começar a resgatar nosso julgamento clínico. Afinal, nem todo número exige uma intervenção – e, às vezes, o melhor tratamento é simplesmente esperar.

Tabela 1 – Resumo dos principais estudos sobre o manejo da pressão arterial em pacientes internados

Estudo (Autor, Ano)	Jornal	Desenho do Estudo	Descoberta principal	Tamanho do efeito / valor p
Jordan e Biaggioni, 2002 ¹⁵	J Clin Hipertens. 2002;4(5):349–353	Revisão narrativa	A hipertensão supina pode piorar a OH; abordagem conservadora é preferida	-
Axon et al., 2011 ⁴	J Hosp Med. 2011;6(7):417–422	Revisão sistemática	Alta prevalência de hipertensão transitória em hospital (50–70%)	-
Pikilidou et al., 2010 ¹⁶	Hypertens Res. 2010; 33(10):995–999	Observacional	A hospitalização reduziu a pressão arterial sistólica diurna em comparação com as medidas ambulatoriais.	PAS média ↓ 5 mmHg, p < 0,05
Rastogi et al., 2021 ¹	JAMA Estagiário Med. 2021;181(3):373–381	Coorte observacional	Nenhum benefício no controle a longo prazo; ↑ Transferências de IRA e UTI	OU 1,34 para dano, p < 0,001
Anderson et al., 2023 ¹⁷	JAMA Intern Med. 2023;183(7):715–723	Coorte retrospectiva	Mais eventos adversos em idosos tratados intensivamente	HR 1,52 para IRA, p < 0,05
Anderson et al., 2023 ²	JAMA Estagiário Med. 2023;183(7):715–723	Coorte retrospectiva	Redução intensiva da PA em pacientes internados associada à mortalidade e eventos cardiovasculares	OU 1,26 para dano, p = 0,01
Malhotra et al., 2023 ³	Hipertensão. 2023;80(6):1256–1263	Coorte prospectiva	Hipertensão supina associada a ↑ eventos cardiovasculares	HR 2,09, IC 95%: 1,18–3,68

IRA: lesão renal aguda; HR: razão de risco; HTA: hipertensão; UTI: unidade de terapia intensiva; OH: hipotensão ortostática; OR: razão de chances; PAS: pressão arterial sistólica.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa; Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo: Teixeira C.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Uso de Inteligência Artificial

Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) usaram ChatGPT para correção e ajustes gramaticais. Após o uso desta ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo do artigo publicado.

Disponibilidade de Dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Referências

1. Rastogi R, Sheehan MM, Hu B, Shaker V, Kojima L, Rothberg MB. Treatment and Outcomes of Inpatient Hypertension among Adults with Noncardiac Admissions. *JAMA Intern Med.* 2021;181(3):345-52. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.7501.
2. Anderson TS, Herzig SJ, Jing B, Boscardin WJ, Fung K, Marcantonio ER, et al. Clinical Outcomes of Intensive Inpatient Blood Pressure Management in Hospitalized Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2023;183(7):715-23. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.1667.
3. Malhotra A, Jain P, Sharma R, et al. Supine hypertension and increased adverse cardiovascular events: Findings from a prospective cohort study. *Hypertension.* 2023;80(6):1256-1263.
4. Axon RN, Cousineau L, Egan BM. Prevalence and Management of Hypertension in the Inpatient Setting: A Systematic Review. *J Hosp Med.* 2011;6(7):417-22. doi: 10.1002/jhm.804.
5. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals: Part 1: Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation.* 2005;111(5):697-716. doi: 10.1161/01.CIR.0000154900.76284.F6.
6. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Himmelfarb CD, 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: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018;71(6):e13-e115. doi: 10.1161/HYP.0000000000000065.
7. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus Statement on the Definition of Orthostatic Hypotension, Neurally Mediated Syncope and the Postural Tachycardia Syndrome. *Clin Auton Res.* 2011;21(2):69-72. doi: 10.1007/s10286-011-0119-5.
8. Gibbons CH, Schmidt P, Biaggioni I, Frazier-Mills C, Freeman R, Isaacson S, et al. The Recommendations of a Consensus Panel for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Neurogenic Orthostatic Hypotension and Associated Supine Hypertension. *J Neurol.* 2017;264(8):1567-82. doi: 10.1007/s00415-016-8375-x.
9. Wilson LM, Abebe KZ, Anderson TS. How Should Elevated Blood Pressure Be Managed in Hospital? *NEJM Evid.* 2024;3(12):EVIDtt2400202. doi: 10.1056/EVIDtt2400202.
10. Ahmed A, Ruzieh M, Kanjwal S, Kanjwal K. Syndrome of Supine Hypertension with Orthostatic Hypotension: Pathophysiology and Clinical Approach. *Curr Cardiol Rev.* 2020;16(1):48-54. doi: 10.2174/1573403X15666190617095032.
11. Etemadi A, Kumar P, Anderson TS, Chang TI. Acute Elevated Blood Pressure in the Inpatient Setting. *Heart.* 2025;heartjnl-2025-325845. doi: 10.1136/heartjnl-2025-325845.
12. Ojukwu G, Ezike AN, Chukwu VU, Nnabude OH, Oghotuoma OO, Nwauwa O, et al. Management of Elevated Blood Pressure and Hypertension in Hospitalized Non-hypertensive Patients: A Systematic Guideline Review. *Cureus.* 2025;17(6):e85904. doi: 10.7759/cureus.85904.
13. Handler J. Symptomatic Orthostatic Hypotension/Supine Hypertension. *J Clin Hypertens.* 2005;7(10):612-6. doi: 10.1111/j.1524-6175.2005.04139.x.
14. Darabont R, Badulescu EA. The Difficult Scenario of Supine Hypertension. *J Hypertens Res.* 2018;4(4):135-41.
15. Jordan J, Biaggioni I. Diagnosis and Treatment of Supine Hypertension in Autonomic Failure Patients with Orthostatic Hypotension. *J Clin Hypertens.* 2002;4(2):139-45. doi: 10.1111/j.1524-6175.2001.00516.x.
16. Pikilidou MI, Tsiros E, Stergiou GS, Konstas AG, Sarafidis PA, Ptinopoulou A, et al. Effect of Hospitalization on 24-h Ambulatory Blood Pressure of Hypertensive Patients. *Hypertens Res.* 2010;33(10):995-9. doi: 10.1038/hr.2010.127.
17. Anderson TS, Herzig SJ, Jing B, Boscardin WJ, Fung K, Marcantonio ER, et al. Clinical Outcomes of Intensive Inpatient Blood Pressure Management in Hospitalized Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2023;183(7):715-23. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.1667.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons