



Assunto: Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial **Nº:** 2/DGCG
DATA: 31/03/04

Para: Administrações Regionais de Saúde, Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde e Profissionais de Saúde

Contacto na DGS: Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

I - NORMA

Dando continuidade ao trabalho iniciado e desenvolvido desde a década de oitenta, no âmbito do combate à Hipertensão Arterial, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) estabelece, no uso das suas competências técnico-normativas, os procedimentos desejáveis a adoptar pelos profissionais de saúde, de forma a melhorar o Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial (HTA). A presente Circular, conta com o aval científico da Associação Portuguesa de Hipertensão e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

A variação contínua dos valores tensionais, quer diastólicos quer sistólicos, e a correlação directa entre a progressão destes valores e o aumento de risco de doença cérebro e cardiovascular, torna arbitraria qualquer definição e classificação numérica de Hipertensão Arterial.

A DGS, no âmbito da presente Circular, adopta a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde em 1999 e confirmada em 2003.

O limiar para a Hipertensão Arterial deve ser considerado flexível, sendo mais ou menos elevado, dependendo do perfil de risco cardiovascular global de cada indivíduo.

Classificação dos Grupos Tensionais

CATEGORIA	TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA TAS mmHg		TENSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA TAD mmHg
Normal	120 - 129	e	80 - 84
Normal alto	130 - 139	ou	85 - 89
Hipertensão Estádio 1	140 - 159	ou	90 - 99
Hipertensão Estádio 2	≥ 160	ou	≥ 100

A detecção precoce da HTA, particularmente nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, a correcta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objectivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo desejável que, sempre que possível, sejam efectuadas campanhas de rastreio, devidamente enquadradas no planeamento e realidades regionais e locais, bem como campanhas de sensibilização da população.

Avaliação da Tensão Arterial

Nas avaliações da Tensão Arterial:

- devem ser utilizados aparelhos aferidos;
- deve ser utilizada uma braçadeira adequada, em que a bolsa insuflável ocupe pelo menos metade do braço;
- deve ser avaliada com o indivíduo sentado, em ambiente homeotérmico e sem agressão por poluição sonora ou luminosa.

As determinações em decúbito e em pé são, por vezes, importantes, particularmente nas pessoas idosas.

Medição e registo da Tensão Arterial

MÉTODO	Limites (mm Hg) para definição de Hipertensão	COMENTÁRIOS
TA de consultório	TAS = 140 e/ ou TAD = 90 mm Hg	Dois registos, doente sentado, intervalo de 5 minutos. Confirmar TA no braço contralateral.
Monitorização Ambulatória da Tensão Arterial de 24 horas	TAS 24h = 125 e/ ou TAD 24h = 80 mm Hg	Indicada na avaliação da "Hipertensão da bata branca". Descida da TA nocturna < 10% pode indicar maior risco cardiovascular (CV)
Automedição da TA	TAS \geq 135 e/ou TAD = 85 mm Hg	Informa sobre resposta à terapêutica. Pode contribuir para aumentar aderência à terapêutica e para o diagnóstico da "Hipertensão da bata branca"

Avaliação clínica inicial

- Identificação dos factores de risco;
- Pesquisa de causas identificáveis de Hipertensão Arterial;
- Avaliação de lesão dos órgãos-alvo;
- Colheita de história clínica e realização de exame físico;
- Testes laboratoriais: urina tipo II, glicemia, hematócrito, perfil lipídico, potássio sérico, creatinénia, calcémia. (Opcional: relação albumina/creatinina na 1ª urina matinal);
- Electrocardiograma.

Identificação de factores de risco major cardiovasculares (CV)

- Hipertensão
- Obesidade
(Índice massa corporal $\geq 30\text{Kg/m}^2$)
(Perímetro abdominal $\geq 102\text{cm}$ H,
 $\geq 88\text{cm}$ M)
- História familiar de doença CV
prematura (<55anos H,
<65anos M)
- Proteína C reactiva > 1mg/dl
- Sedentarismo
- Diabetes *mellitus*
- Dislipidémia
- Idade (>55anos H, > 65anos M)
- Taxa de Filtração Glomerular
(TFG) estimada < 60 ml/min
- Microalbuminúria
- Hábitos tabágicos

Causas identificáveis de hipertensão

- Apneia do sono
- Induzida por fármacos
- Doença renal crónica
- Hiperaldosteronismo primário
- Hipertensão renovascular
- Síndrome de Cushing ou
terapêutica esteróide
- Feocromocitoma
- Coartação da aorta
- Doença tiroideia e
paratiroideia

Princípios e objectivos do tratamento anti-hipertensor

- Reduzir a TA para valores < 140/90 mm Hg.
- Reduzir a TA para valores < 130/80 mm Hg em doentes com diabetes, doença renal crónica ou com TA na categoria normal - alta e três ou mais factores de risco *major*, lesão dos órgãos alvo ou doença/eventos CV.
- A maioria dos doentes necessitará de associações com dois ou mais fármacos.

Objectivos do tratamento

O principal objectivo do tratamento do doente hipertenso é obter a longo prazo a máxima redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. Tal poderá ser

conseguido pela redução dos valores elevados da TA e pelo tratamento dos factores de risco modificáveis e de doenças associadas.

Na população hipertensa em geral, o objectivo será a redução da TA para valores inferiores a 140/90 mm Hg.

Nos doentes hipertensos diabéticos ou com doença renal, o objectivo será a redução da TA para valores $< 130/80$ mm Hg. Em doentes com insuficiência renal e proteinúria > 1 g/dia o objectivo será a redução da TA para valores $< 125/75$ mm Hg.

Dever-se-á ter em conta que a exequibilidade de se alcançarem estes valores desejáveis, deverá ser adaptada a cada caso individual e que a redução da TAS < 140 mm Hg pode ser difícil de obter em alguns casos, particularmente em pessoas idosas.

Modificação dos estilos de vida

A adopção de estilos de vida saudáveis constitui um componente indispensável da terapêutica de todas as pessoas com Hipertensão Arterial, podendo inclusivamente contribuir, em indivíduos susceptíveis, para a prevenção da sua ocorrência.

Estas medidas, se suficientemente duradouras, poderão permitir, consoante os indivíduos, reduções da TA de 5 a 20 mm Hg e redução do risco cardiovascular global e incluem:

- Redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de IMC de 18.5 a 24.9 Kg/m²;
- Adopção de dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
- Redução da ingestão de sal;
- Actividade física, como, por exemplo, exercício aeróbio, como caminhar 30 min/dia, 5-7 dias/semana;

- Consumo moderado de álcool com um máximo 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres;
- Cessação do hábito de fumar, que é, sobretudo, importante numa perspectiva de redução global do risco cardiovascular.

Quando iniciar tratamento farmacológico

A decisão de iniciar o tratamento anti-hipertensor baseia-se em dois critérios:

- Valor da Tensão Arterial sistólica e diastólica.
- Risco cardiovascular global.

Indivíduos com TA normal-alta (TAS 130-139 mm Hg ou TAD 85-89 mm Hg)

Existe evidência científica do benefício da redução da TA neste grupo, mas limitada a doentes com AVC prévio, doença coronária e diabetes. Assim, nos indivíduos com TA normal-alta, somente se deverá aplicar a recomendação de iniciar a terapêutica anti-hipertensora nas situações de risco global elevado e muito elevado. Nos restantes indivíduos com risco moderado ou baixo, recomendam-se a adopção de atitudes e estilos de vida saudáveis, a monitorização periódica da TA e a correcção de outros factores de risco.

Doentes com HTA Estádio 1 (TAS 140-159 mm Hg ou TAD 90-99 mm Hg)

Impõe-se a confirmação dos valores da TA em pelo menos 2 registos em tempos diferentes e ao longo de um período máximo de 3 meses e a introdução imediata de atitudes e comportamentos de vida saudável. Uma vez confirmada a HTA, a terapêutica deverá ser iniciada, de preferência, em regime de monoterapia com doses baixas de qualquer dos fármacos das 5 principais classes terapêuticas e, eventualmente, em regime de associação, em dose fixa ou não, neste caso incluindo, preferencialmente, um diurético em doses baixas.

Doentes com HTA Estádio 2 (TAS \geq 160 mm Hg ou TAD \geq 100 mm Hg).

Uma vez confirmada a TA em, pelo menos, 2 registos, num intervalo de 1 semana a 1 mês, a terapêutica deverá ser iniciada com associação de 2 fármacos, em dose fixa ou não, incluindo, preferencialmente, um diurético em doses baixas e, simultaneamente, a adopção de atitudes e estilos de vida saudáveis. A identificação de outros factores de risco, lesão de órgãos alvo ou de doença associada, poderá processar-se após a introdução da terapêutica farmacológica.

Terapêutica farmacológica

O principal objectivo da terapêutica farmacológica antihipertensora é a prevenção da ocorrência de eventos cardiovasculares e renais e do seu agravamento ou recorrência. O seu objectivo operacional é a redução persistente da TA para valores considerados normais, com o mínimo de reacções adversas, conservando o melhor possível a qualidade de vida.

Prova de benefício em estudos aleatórios

Vários estudos aleatórios e controlados (com duração média de 4-5 anos), demonstraram inequivocamente que a redução da TA com diversas classes de fármacos (diuréticos, sobretudo tiazidas; inibidores da enzima conversora da angiotensina; bloqueadores dos adrenoreceptores beta; antagonistas do cálcio e antagonistas dos receptores da angiotensina), utilizados na maioria das vezes em associação, reduz as complicações da Hipertensão Arterial, a mortalidade global e cardiovascular e os AVC e acidentes coronários fatais e não fatais. Estes estudos mostram, ainda, que a redução da TA é condição necessária à obtenção daqueles benefícios, independentemente dos fármacos utilizados.

Em algumas entidades nosológicas e co-morbilidades associadas à Hipertensão Arterial, designadas como “indicações preferenciais de grupos terapêuticos”, há evidência científica das vantagens de determinadas classes de antihipertensores relativamente a outras. Para além destas situações, e apesar de alguns estudos sugerirem superioridade de algumas classes de antihipertensores relativamente a

outras, quer em determinadas subgrupos populacionais (idosos, grupos étnicos, etc) e em doentes com lesão dos órgãos alvo (hipertrofia ventricular esquerda, rigidez arterial e manifestações ateroscleróticas, disfunção renal e albuminúria), salienta-se que para idêntica redução da TA não há prova de diferença significativa de benefício sobre a mortalidade global entre as diferentes classes de antihipertensores. Não está ainda claramente definido se determinadas alterações metabólicas suscitadas especificamente por algumas classes de antihipertensores (alteração do perfil lipídico, redução da caliémia, agravamento dos parâmetros analíticos da síndrome metabólica e da diabetes) se irão ou não repercutir a longo prazo num aumento da incidência de eventos cardiovasculares.

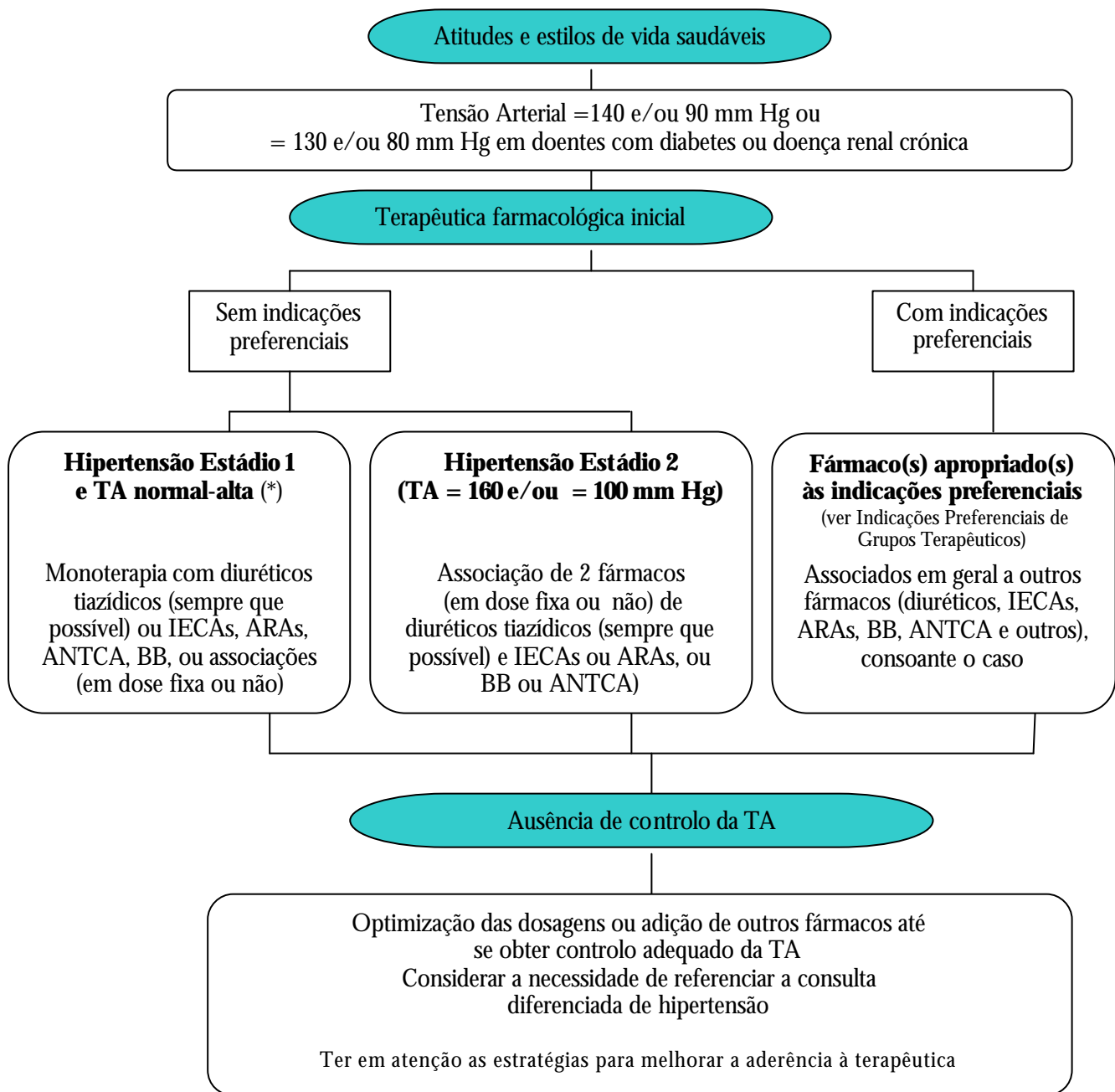
Algoritmo de tratamento da HTA e escolha do primeiro fármaco

A maioria dos doentes hipertensos irá necessitar da associação de dois ou mais antihipertensores para se obter o desejável controlo da TA. A associação de um segundo fármaco de diferente classe terapêutica deverá ser empreendida perante a incapacidade de se obter o desejável controlo da TA com as doses adequadas de um único fármaco.

Quando a TA se encontra 20/10 mm Hg acima do valor desejável da TA, o tratamento inicial deverá incluir a associação de dois antihipertensores de diferentes classes terapêuticas, um dos quais deverá ser preferencialmente do grupo dos diuréticos, quer em formulações separadas, quer associados em dose fixa, sendo, neste caso, nas doses mais baixas existentes no mercado.

A utilização de associações de antihipertensores, embora aumente a probabilidade de se obter o desejável controlo da TA, deve ser rodeada de determinadas precauções, sobretudo em doentes com disfunção autonómica, diabetes ou pessoas idosas, com propensão para hipotensão ortostática.

No sentido de facilitar a aderência dos doentes à terapêutica e de obter um controlo equilibrado da TA ao longo das 24 horas, é preferível optar, sempre que possível, por formulações que, em toma única diária, assegurem uma duração de acção superior a 24 horas.



(*) = 3 factores de risco major, lesão dos órgãos alvo ou doença/eventos CV

Embora existam outros modelos propostos para a sequência de opções terapêuticas, o modelo seguinte baseia-se na progressão por passos, perante ausência de obtenção do controlo desejável da TA:

Indivíduos com TA normal-alta, com três ou mais factores de risco major, lesão dos órgãos alvo ou doença/eventos CV e doentes com HTA Estádio 1, ou seja, com TAS 140-159 mm Hg ou TAD 90-99 mm Hg:

1. Monoterapia doses baixas;
2. Substituição por outro fármaco em monoterapia em doses baixas;
3. Associação de dois fármacos em doses baixas;
4. Associação de dois fármacos em doses máximas;
5. Adição de terceiro fármaco;
6. Adição de quarto fármaco.

Doentes com HTA Estádio 2, ou seja, TAS ≥ 160 mm Hg ou TAD ≥ 100 mm Hg.

1. Associação de dois fármacos em doses baixas;
2. Associação de dois fármacos em doses máximas;
3. Adição de terceiro fármaco;
4. Adição de quarto fármaco.

Seguimento dos doentes

Uma vez iniciada a terapêutica antihipertensora, os doentes deverão ser reavaliados, pelo menos mensalmente, até se obter o desejável controlo da TA. Poderão ser necessárias consultas mais frequentes em doentes com hipertensão Estádio 2 ou com doenças associadas e co-morbilidades.

A creatininemia e a caliemia e, eventualmente, outros parâmetros analíticos, deverão ser avaliadas, pelo menos, 1-2 vezes por ano.

Após estabilização da TA nos níveis desejáveis, a periodicidade das consultas deverá processar-se com intervalos de 3-6 meses.

A coexistência de doenças associadas, como insuficiência cardíaca, diabetes, doença renal, ou alterações analíticas relevantes, poderá exigir consultas mais frequentes. Devem ser implementadas atitudes e comportamentos com o objectivo de controlo dos outros factores de risco cardiovascular.

A administração de antiagregantes plaquetários, como a aspirina, só deverá ser empreendida em doentes com controlo adequado da Tensão Arterial, face ao risco aumentado de hemorragia cerebral em doentes com Hipertensão Arterial não controlada.

Hipertensão resistente

Define-se hipertensão resistente, quando não é possível obter o controlo desejável da TA em doentes comprovadamente aderentes a esquemas terapêuticos, constituídos por doses máximas de, pelo menos, 3 fármacos, incluindo obrigatoriamente um diurético (da ansa, se houver insuficiência renal). Nestes casos, impõem-se atitudes dirigidas à eventual detecção de causas identificáveis de hipertensão e a referência a consultas especializadas.

As causas de Hipertensão resistente são, nomeadamente:

- Medição incorrecta da TA;
- Má aderência ao tratamento;
- Excesso de ingestão de sal e /ou de álcool;
- Medicação diurética inadequada;
- Doses inadequadas, interacções farmacológicas (ex. anti-inflamatórios não esteróides, alguns estimulantes centrais e inibidores do apetite, simpaticomiméticos, contraceptivos orais, ciclosporina, etc.);
- Alguns medicamentos de venda livre e suplementos de origem vegetal;
- Hipertensão da “bata branca”

Situações particulares

Os doentes com Hipertensão Arterial e determinadas co-morbilidades, necessitarão de abordagem específica nas opções terapêuticas e do seguimento, que é fundamentada em ensaios clínicos controlados.

Indicações preferenciais de grupos terapêuticos

A tabela seguinte, resume as indicações preferenciais de determinados grupos terapêuticos em doentes de risco elevado. Na maioria das situações, será necessário recorrer a associações de medicamentos. Estas e outras opções, poderão ser ditadas por utilização prévia de determinados fármacos, tolerabilidade e objectivos terapêuticos específicos.

INDICAÇÕES PREFERENCIAIS	OPÇÕES TERAPEÚTICAS INICIAIS
Insuficiência cardíaca	DIUR, BB, IECAs, ARAs, ANT ALD
Após enfarte do miocárdio	BB, IECAs, ANTALD
Risco CV elevado	DIUR, BB, IECAs, ARAs, ANTCA
Diabetes	DIUR, BB, IECAs, ARAs, ANTCA
Doença renal crónica	DIUR, IECAs, ARAs
Prevenção recorrência de AVC	DIUR, IECAs
Hipertrofia ventricular esquerda	IECAs, ARAs, ANTCA, DIUR
Microalbuminúria	IECAs, ARAs

Doença coronária

Em doentes com HTA e angina estável, os bloqueadores dos receptores adrenérgicos beta (BB), serão os fármacos de primeira escolha. Em determinados casos, os antagonistas do cálcio (ANTCA) de longa duração de acção, poderão ser utilizados.

Em doentes com síndromes coronárias agudas, angina instável ou enfarte do miocárdio, a HTA poderá ser tratada inicialmente com BBs e inibidores da enzima conversora da angiotensina 2 (IECAs), adicionados a outros fármacos.

No pós-enfarte do miocárdio, os IECAs, BBs e antagonistas da aldosterona provaram ser benéficos. Está, igualmente, indicada a utilização de antiagregantes plaquetários e hipolipemiantes.

Insuficiência cardíaca

Em doentes com insuficiência cardíaca, com disfunção sistólica e diastólica, os IECAs, BBs, antagonistas dos receptores da angiotensina (ARAS) e antagonistas da aldosterona, provaram ser benéficos, associados quase sempre a diuréticos, frequentemente da ansa.

Em doentes com disfunção ventricular assintomática, recomenda-se o uso de IECAs e BBs.

Diabetes e hipertensão

Na maioria dos casos, é necessário utilizar associações de dois ou mais fármacos para obter o desejável controlo da TA, para valores < 130/80 mm Hg. Há provas de que os diuréticos (DIUR), BBs, IECAs, ARAs e ANTCA, reduzem a incidência de eventos cardíacos e de Acidente Vascular Cerebral (AVC), em doentes diabéticos. Há provas de que regimes terapêuticos, que incluem IECAs ou ARAS, atrasam a progressão da nefropatia diabética e reduzem a albuminúria; regimes incluindo ARAS, provaram reduzir a progressão para macroalbuminúria.

Insuficiência renal crónica

Nos doentes com insuficiência renal crónica, definida quer por valores da taxa de filtração glomerular < 60 ml/min por 1.73 m², correspondendo aproximadamente a creatinémia \geq 1.5 mg/dl no homem e 1.4 mg/dl na mulher, quer pela presença de macroalbuminúria (> 300 mg/24h), os objectivos terapêuticos visam atrasar a progressão da disfunção renal e prevenir eventos cardiovasculares.

Estes doentes são frequentemente hipertensos e necessitam de tratamento agressivo, geralmente com associação de 2 ou mais fármacos, para obter a descida da TA para valores < 130/80 mm Hg.

Há evidência de que os IECAs e ARAs afectam favoravelmente a progressão da doença renal, em diabéticos e não diabéticos. Em geral, os doentes com HTA e insuficiência renal crónica necessitam da utilização de diuréticos da ansa associados a outros fármacos.

Doença cerebrovascular concomitante

Estão ainda mal definidas as vantagens e inconvenientes da redução da TA na fase aguda do AVC. A associação de diuréticos e IECAs mostrou-se capaz de reduzir a recorrência de AVC.

Outras situações particulares

• Grupos étnicos

Existem dados que sugerem que a prevalência e gravidade da HTA poderá ser mais elevada em indivíduos de raça negra, comparativamente aos caucasianos. A HTA sensível à ingestão de sal, parece ser mais frequente nos doentes de raça negra e há dados que sugerem que, nestes doentes, a eficácia antihipertensora dos diuréticos e ANTCA é superior à dos BBs, IECAs e ARAs. Estes doentes exibem um risco aumentado de angioedema atribuído aos IECAs.

• Obesidade e síndrome CV metabólica

A presença de obesidade, IMC ≥ 30 Kg/m², associa-se a aumento da prevalência de HTA e de doença cardiovascular.

A síndrome cardiovascular metabólica pode ser definida pela presença de 3 ou mais dos seguintes critérios:

- a) obesidade abdominal (perímetro abdominal ≥ 102 cm no homem e ≥ 88 cm na mulher);
- b) intolerância à glicose (glicemia em jejum ≥ 110 mg/dl);
- c) TA $\geq 130/80$ mm Hg;
- d) Hipertrigliceridemia ≥ 150 mg/dl, ou redução das HDL < 40 mg/dl no homem e < 50 mg/dl na mulher.

Impõe-se a adopção de atitudes de vida saudável e a adequada terapêutica farmacológica dos diferentes componentes da síndrome.

• Hipertrofia ventricular esquerda

A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) constitui um factor de risco independente de doença cardiovascular. A regressão da HVE mostrou estar associada a menor ocorrência de eventos cardiovasculares. A regressão da HVE pode ser obtida com redução da TA, redução do peso, restrição da ingestão salina e terapêutica com as várias classes de antihipertensores, com excepção dos vasodilatadores directos (hidralazina e minoxidil). Alguns estudos isolados e meta-análises parecem sugerir que os ARAS, IECAs e ANTCA de longa duração de acção poderão ser mais eficazes na regressão da HVE que os BBs.

- Pessoas Idosas

Cerca de 2/3 dos indivíduos com idade superior a 65 anos são hipertensos, sendo o grupo em que a hipertensão sistólica isolada é mais frequente.

As recomendações gerais do tratamento da HTA aplicam-se à população idosa.

Particularmente neste grupo, é necessário registar a TA na posição de pé. A redução da TA sistólica > 10 mm Hg, associada a sintomas de hipoperfusão cerebral, é mais frequente neste grupo etário, sobretudo se houver depleção de volume, uso de diuréticos, venodilatadores e alguns psicotrópicos. Em alguns indivíduos mais susceptíveis aos sintomas de hipotensão postural, poderá ser necessário iniciar a terapêutica com doses mais baixas. Por estes motivos, reconhece-se que, neste grupo, nem sempre é possível reduzir a TA para valores da TA sistólica < 140 mm Hg.

Há provas de que os doentes hipertensos apresentam risco aumentado de deterioração cognitiva e de demência e que o controlo da TA se acompanha de redução significativa desse risco.

- Mulher

Em algumas mulheres, o uso de contraceptivos orais associa-se a aumento da tensão arterial, pelo que se impõe o seu controlo periódico. No caso de suspensão do método contraceptivo usado, deve, o mesmo, ser substituído por outro igualmente eficaz.

No entanto, não há provas de que a utilização de terapêutica hormonal de substituição se associe, por si só, a elevação da tensão arterial.

- Gravidez

A presença de HTA (TAS \geq 140 ou TAD \geq 90 mmHg) durante a gravidez, requer vigilância cuidada, face aos riscos acrescidos sobre a mãe e feto e pode ocorrer sob diversas formas incluindo:

1. *hipertensão pré-existente* (TAS \geq 140 ou TAD \geq 90 mmHg observada antes da 20^a semana de gravidez);
2. *hipertensão gestacional* (TAS \geq 140 ou TAD \geq 90 mmHg observada somente após da 20^a semana de gravidez), sem proteinúria ou com proteinúria $>$ 500 mg/24h (preeclampsia);
3. *hipertensão pré-existente com hipertensão gestacional sobreposta com proteinúria.*

Constituem indicadores de mau prognóstico, valores elevados da TA, albuminúria e a presença de hemoconcentração, hiperuricémia, alterações enzimáticas e da coagulação. Nestes casos e, sobretudo, se a TAS \geq 160 ou TAD \geq 100 mmHg, poder-se-á iniciar a terapêutica com metildopa, labetalol, antagonistas do cálcio ou eventualmente BB.

Em algumas doentes, podem desenvolver-se situações de urgência ou emergência hipertensiva, necessitando hospitalização, monitorização intensiva, aceleração do parto e terapêutica parenteral e anticonvulsivante. Se TAS \geq 170 ou TAD \geq 110 mmHg, impõe-se o internamento hospitalar e tratamento adequado.

Uma mulher hipertensa, que engravida, ou a detecção de uma hipertensão gestacional, obriga à referenciação para Consulta de Alto Risco Obstétrico.

O tratamento da HTA numa mulher em idade fértil, obriga à ponderação sobre eventuais efeitos teratogénicos da terapêutica a instituir e ao uso adequado de contraceção eficaz.

- Crianças e adolescentes

Em crianças e adolescentes, a HTA é definida pelo valor confirmado da TA em vários registos (Fases I e V de Korotkoff), ao nível ou acima do 95º percentil ajustado para a idade, peso, estatura e sexo.

Frequentemente justifica-se a procura de causas identificáveis de HTA (i.e. doença renal, coartação da aorta).

Recomenda-se o início precoce de atitudes e estilos de vida saudáveis e a introdução de terapêutica farmacológica perante a falência destas.

- Fibrilhação auricular

A prevalência e incidência de fibrilhação auricular aumenta na população hipertensa. O recurso a BB e a ANTCA não dihidropiridínicos, pode justificar-se para reduzir a frequência ventricular. Alguns ARAs parecem ser úteis na preservação do ritmo sinusal em doentes com fibrilhação auricular, previamente submetidos a cardioversão. A opção por anticoagulação crónica é adequada sobretudo em doentes com HTA devidamente controlada.

- Urgências e emergências hipertensivas

Os doentes com elevação súbita da TA para valores elevados e que apresentam lesão aguda dos órgãos alvo (encefalopatia, enfarte do miocárdio, angina instável, edema pulmonar, eclampsia, AVC, traumatismo craniano, grave hemorragia arterial ou dissecação aórtica) exigem hospitalização e terapêuticas parentéricas.

Os doentes com elevação súbita da TA para valores elevados e que não apresentam lesão aguda dos órgãos alvo, geralmente não necessitam de hospitalização e na maioria dos casos, a introdução de terapêutica oral é adequada. Nestes, é necessária a avaliação da repercussão cardíaca e renal e deverão encetar-se atitudes dirigidas à eventual detecção de causas identificáveis de HTA.

Vantagens e desvantagens adicionais das diferentes classes terapêuticas

Vantagens potenciais:

Os diuréticos tiazídicos podem atrasar a desmineralização óssea na osteoporose.

Os BB podem ser úteis no tratamento de algumas taquiarritmias, enxaqueca, tirotoxicose, tremor essencial e hipertensão perioperatória.

Os ANTCA podem ser úteis na síndrome de Raynaud e em algumas taquiarritmias.

Desvantagens potenciais:

Os diuréticos devem ser usados com precaução em doentes com gota e alterações electrolíticas.

Os BB devem ser evitados perante o risco de broncospasmo e quando existem bloqueios de 2º ou 3º graus.

Os IECA e ARAs estão contraindicados na gravidez e em doentes com estenose bilateral da artéria renal. Os IECAs devem evitar-se em doentes com história de angioedema.

Estratégias para melhorar a aderência à terapêutica

- Deve ser considerado o risco potencial de reacções adversas da medicação e as características étnicas, socioeconómicas e/ou culturais dos doentes na escolha da terapêutica.
- Optar sempre que possível por formulações que, em toma única diária, asseguram uma duração de acção superior a 24 horas.
- A boa empatia dos profissionais de saúde aumenta a confiança, motivação e aderência dos doentes à terapêutica.

Notas adicionais

- A avaliação e a terapêutica do doente hipertenso devem ser empreendidas numa perspectiva de risco cardiovascular global.
- Na maioria dos doentes o controlo da TA só é possível com associação de medicamentos.
- A utilização de diuréticos em monoterapia ou em associação deve ser estimulada.
- O diagnóstico de hipertensão resistente pressupõe ausência de controlo da TA com a associação de, pelo menos, 3 fármacos, usados em doses máximas, sendo um dos quais, obrigatoriamente, um diurético.
- O doente com hipertensão da bata branca (TA consultório > 140 e/ou 90 mm Hg após várias visitas e TA de 24 horas < 125/80 mm Hg) e sem lesão dos órgãos alvo, necessita de vigilância mas pode dispensar terapêutica farmacológica.
- O diagnóstico e tratamento da HTA em indivíduos com idade inferior a dezoito anos e em mulheres grávidas, devem regular-se por recomendações específicas.
- A utilização de antiagregantes plaquetários, como a aspirina, só deve ser empreendida em doentes com HTA controlada.

II - FUNDAMENTAÇÃO

A Hipertensão Arterial é um reconhecido factor de risco da doença cérebro e cardiovascular. Esta patologia constitui a maior causa de mortalidade e de morbilidade com grave impacto social em Portugal.

A Direcção-Geral da Saúde, considerando da maior importância a revisão dos normativos técnicos em vigor, referentes à abordagem da Hipertensão Arterial, destinados aos serviços prestadores de cuidados de saúde, constituiu, para o efeito, um grupo de peritos, coordenado cientificamente pela Associação Portuguesa de Hipertensão.

A presente Norma, destinada a ser aplicada nos serviços prestadores de cuidados de saúde, baseia-se em consensos da comunidade científica, internacional e nacional, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde, Sociedade Internacional de Hipertensão, Sociedades Europeias de Hipertensão e de Cardiologia e Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Salienta-se a importância de privilegiar uma intervenção integrada, multidisciplinar e intersectorial, sobre atitudes e estilos de vida de risco, bem como acções de prevenção e de reabilitação global, considerando os múltiplos vectores intervenientes.

Estas preocupações e acções estão consignadas no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado por Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, publicado no Diário da República N.º 193, de 22 de Agosto de 2003 e divulgado pela Circular Normativa N.º 15/DGCG de 05/09/2003, da Direcção – Geral da Saúde, do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os estilos de Vida, aprovado pelo Despacho n.º.1916/2004, publicado no Diário da República n.º. 2, de 28 de Janeiro e do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010.

A presente Circular revoga as Normas:

- Definição e Classificação da Hipertensão Arterial (10/DSA – 16/3/89)
- Registo de Doentes Hipertensos (11/DSA – 16/3/89)
- Exames Complementares Mínimos no Doente Hipertenso (12/DSA – 16/3/89)
- Normas de Seguimento dos Hipertensos (13/DSA – 16/3/89)
- Tensão Arterial e Gravidez (14/DSA – 16/3/89)
- Hipertensão Arterial resistente: conceito e orientação (15/DSA - 16/3/89)
- Determinação da Tensão Arterial e Aferição de Esfigmomanómetros (45/DSA – 16/3/89)
- Funções do Coordenador do programa de Controlo da Hipertensão e de Doenças Cardio-Vasculares (2/CSI – 14/2/90)

Abreviaturas: ANT ALD – Antagonista da aldosterona; ANTCA – Antagonista do cálcio; AVC – Acidente vascular cerebral; ARA – Antagonista dos receptores da angiotensina; BB – Bloqueador dos receptores adrenérgicos beta; CV – Cardiovascular; DIUR – Diurético; IECA – Inibidores da enzima conversora da angiotensina 2; TAD – Tensão arterial diastólica; TAS – Tensão arterial sistólica; TFG – Taxa de Filtração Glomerular

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde

Prof. Doutor J. Pereira Miguel