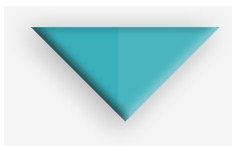


**Versão
2013**

**PORTUGUESE
VERSION**

RECOMENDAÇÕES DE BOLSO DA ESC

Comissão para as Recomendações Práticas
Para melhorar a qualidade da prática clínica e o tratamento dos doentes na Europa



Hipertensão

**RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA

Distribuição no âmbito de Colaboração
para a formação científica continuada



biénio 2013-2015
www.spc.pt

Patrocínio de:

Bial

Tradução: Isabel Moreira Ribeiro
Revisão: Teresa Gomes Mota, Cândida Fonseca
Coordenação: Cândida Fonseca

Os Patrocinadores não estiveram envolvidos
no conteúdo científico do documento

Recomendações de Bolso da ESC

Recomendações de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial*

Grupo de Trabalho da *European Society of Hypertension* (EHS) e da *European Society of Cardiology* (ESC) para o tratamento da hipertensão arterial

Presidente da ESC

Professor Robert Fagard

Hypertension & Cardiovascular
Rehabilitation Unit

KU Leuven University, Herestraat 49,

3000 Leuven, Bélgica

Tel: +32 16 348 707

Fax: + 32 16 343 766

E-mail: robert.fagard@uzleuven.be

Presidente da ESH

Professor Giuseppe Mancia

Centro di Fisiologia Clinica
e Ipertensione

Via F. Sforza

20121 Milano, Itália

Tel: +39 039 233 3357

Fax +39 039 322 274

E-mail: giuseppe.mancia@unimib.it

Autores/Membros do Grupo de Trabalho

Krzysztof Narkiewicz (Coordenador da Secção) (Polónia), Josep Redon (Coordenador da Secção) (Espanha), Alberto Zanchetti (Coordenador da Secção) (Itália), Michael Bohm (Alemanha), Thierry Christiaens (Bélgica), Renata Cifkova (República Checa), Guy De Backer (Bélgica), Anna Dominiczak (RU), Maurizio Galderisi (Itália), Diederick E. Grobbee (Holanda), Tiny Jaarsma (Suécia), Paulus Kirchhof (Alemanha/RU), Sverre E. Kjeldsen (Noruega), Stéphane Laurent (França), Athanasios J. Manolis (Grécia), Peter M. Nilsson (Suécia), Luis Miguel Ruilope (Espanha), Roland E. Schmieder (Alemanha), Per Anton Sirnes (Noruega), Peter Sleight (RU), Margus Viigimaa (Estónia), Bernard Waeber (Suíça), Faiez Zannad (França).

Outras entidades da ESC que participaram no desenvolvimento deste documento:

Associações: *Heart Failure Association* (HFA), *European Association of Cardiovascular Imaging* (EACVI), *European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* (EACPR), *European Heart Rhythm Association* (EHRA).

Grupos de Estudo: *Hipertensão e Coração*, *Farmacologia Cardiovascular e Terapêutica Farmacológica*.

Conselhos: *Cuidados Primários Cardiovasculares*, *Enfermagem Cardiovascular e Profissões Associadas*, *Prática Cardiológica*.

Membros da ESC

Veronica Dean, Catherine Després, Karine Villanese – Sophia Antipolis, França

Um agradecimento especial a Christi Deaton, Paulus Kirchhof, Stephan Achenbach pela sua contribuição.

*Adaptado das Recomendações da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial (Eur Heart J 2013;34:2159-2219 – doi:10.1093/eurheart/ehf151).

Índice

1. Introdução	Pag 4
1.1. Princípios	Pag 4
1.2. Novos aspectos	Pag 5
2. Aspectos epidemiológicos	Pag 6
2.1. Relação entre a pressão arterial e as lesões cardiovasculares e renais	Pag 6
2.2. Definição e classificação de hipertensão arterial	Pag 6
2.3. Prevalência da hipertensão arterial	Pag 7
2.4. Hipertensão e risco cardiovascular global	Pag 7
3. Avaliação diagnóstica	Pag 10
3.1. Medição da pressão arterial	Pag 10
3.2. História clínica	Pag 13
3.3. Exame físico	Pag 15
3.4. Sumário das recomendações sobre medição da pressão arterial, história clínica e exame físico	Pag 16
3.5. Investigação laboratorial	Pag 17
3.6. Genética	Pag 18
3.7. Pesquisa de lesão subclínica de órgãos	Pag 18
3.8. Pesquisa de formas secundárias de hipertensão	Pag 21
4. Abordagem terapêutica	Pag 24
4.1. Evidência favorável à redução terapêutica da pressão arterial elevada	Pag 24
4.2. Quando iniciar o tratamento com fármacos anti-hipertensores	Pag 25
4.3. Objectivos do tratamento da pressão arterial	Pag 27
5. Estratégias de tratamento	Pag 28
5.1. Alterações do estilo de vida	Pag 28
5.2. Terapêutica farmacológica	Pag 29

6. Estratégias de tratamento em situações especiais	Pag 35
6.1. Hipertensão da bata branca e hipertensão mascarada	Pag 35
6.2. Idosos	Pag 35
6.3. Adultos jovens	Pag 36
6.4. Mulheres	Pag 37
6.5. Diabetes <i>mellitus</i>	Pag 37
6.6. Apneia obstrutiva do sono	Pag 38
6.7. Nefropatia diabética e não-diabética	Pag 38
6.8. Doença cerebrovascular	Pag 39
6.9. Doença cardíaca	Pag 40
6.10. Aterosclerose, arteriosclerose e doença arterial periférica	Pag 41
6.11. Hipertensão resistente	Pag 42
6.12. Hipertensão maligna	Pag 42
6.13. Hipertensão renovascular	Pag 42
7. Tratamento dos factores de risco associados	Pag 43
8. Seguimento e melhoria do controlo da pressão arterial	Pag 44

I.Introdução

I.1 Princípios

Ainda que não tenha sido feito nas recomendações das ESH/ESC de 2003 e de 2007, as recomendações de 2013 classificam o nível de evidência e a força das recomendações nas questões *major* de diagnóstico e tratamento de acordo com os princípios delineados nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1: Classes de recomendações

Classes de recomendações	Definição	Terminologia a utilizar
Classe I	Evidência e/ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção é benéfico, útil e eficaz.	É recomendado /está indicado
Classe II	Evidências contraditórias e/ou divergências de opinião sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou intervenção.	
Classe IIa	<i>Peso de evidência/opinião majoritariamente a favor da utilidade /eficácia.</i>	Deve ser considerado
Classe IIb	<i>Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.</i>	Pode ser considerado
Classe III	Evidências ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção não é útil/eficaz e que poderá ser prejudicial em certas situações.	Não é recomendado

Quadro 2: Níveis de evidência

Nível de evidência A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
Nível de evidência B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou grandes estudos não aleatorizados.
Nível de evidência C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos, registos.

1.2 Novos aspectos

Em virtude de novas evidências sobre diversos aspectos diagnósticos e terapêuticos da hipertensão arterial, estas recomendações diferem em muitos aspectos das anteriores. Algumas das principais diferenças são as seguintes:

1. Dados epidemiológicos sobre o controlo da hipertensão e da pressão arterial (PA) na Europa
2. Fortalecimento do valor prognóstico da monitorização da PA em casa (MPAC) e o seu papel no diagnóstico e tratamento da hipertensão assim como o da monitorização ambulatoria da PA (MAPA)
3. Actualização do significado prognóstico da PA nocturna, da hipertensão da bata branca e da hipertensão mascarada.
4. Re-ênfase na integração da PA, factores de risco cardiovasculares (CV), lesão subclínica de órgão e complicações clínicas para a avaliação do risco CV global
5. Actualização do significado prognóstico da lesão subclínica de órgão, incluindo o coração, vasos sanguíneos, rim, olho e cérebro
6. Reflexão sobre o risco do excesso de peso e do índice alvo de massa corporal na hipertensão
7. Hipertensão nos jovens
8. Início do tratamento anti-hipertensor. Um maior número de critérios baseados na evidência e ausência de tratamento farmacológico para a PA normal alta
9. PA-alvo para tratamento. Um maior número de critérios baseados na evidência para um alvo único para a PA sistólica (< 140 mmHg) para doentes com risco cardiovascular elevado e baixo
10. Abordagem liberal para a monoterapia inicial, sem uma ordem de preferência fixa
11. Revisão de esquemas prioritários de combinações de dois fármacos
12. Novos algoritmos terapêuticos para obtenção da PA alvo
13. Secção alargada de estratégias terapêuticas para situações especiais
14. Revisão das recomendações sobre o tratamento da hipertensão nos idosos
15. Tratamento farmacológico em octogenários
16. Especial atenção à hipertensão resistente e às novas abordagens terapêuticas
17. Atenção acrescida à terapêutica guiada por lesão de órgão-alvo
18. Novas abordagens para o tratamento crónico da doença hipertensiva

2. Aspectos epidemiológicos

2.1 Relação entre a pressão arterial e as lesões cardiovasculares e renais

A PA convencional de consultório, tem uma relação contínua independente com a incidência de eventos CV, tais como o acidente vascular cerebral, o enfarte do miocárdio, a morte súbita, a insuficiência cardíaca e a doença arterial periférica, bem como a doença renal terminal. A relação com a PA estende-se desde os níveis elevados aos valores relativamente baixos de 110-115 mmHg para a PA sistólica e de 70-75 mmHg para a PA diastólica em indivíduos sem doença vascular prévia basal. A PA sistólica parece ser um melhor factor predictor de eventos do que a PA diastólica, após os 50 anos de idade.

2.2 Definição e classificação de hipertensão arterial

A definição e classificação recomendadas para os níveis da PA no consultório coincidem com os indicados nas recomendações anteriores da ESH/ESC (Quadro 3).

Quadro 3 Definições e classificações dos níveis da pressão arterial de consultório (mmHg)^a

Categoria	Sistólica		Diastólica
Ótima	<120	e	<80
Normal	120–129	e/ou	80–84
Normal alta	130–139	e/ou	85–89
Hipertensão Grau 1	140–159	e/ou	90–99
Hipertensão Grau 2	160–179	e/ou	100–109
Hipertensão Grau 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão sistólica Isolada	≥140	e	<90

^aA categoria da pressão arterial (PA) é definida pelo nível mais elevado da PA, sistólica ou diastólica. A hipertensão sistólica isolada deverá ser classificada de Grau 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PA sistólica de acordo com os níveis indicados.

2.3 Prevalência da hipertensão arterial

Baseada em 21 estudos realizados na última década, a prevalência global da hipertensão parece atingir cerca de 30-45% da população europeia em geral, com um aumento acentuado com a idade. Em virtude da dificuldade em obter resultados comparáveis entre os países e ao longo do tempo, a mortalidade por acidente vascular cerebral pode ser utilizada como um marcador da prevalência de hipertensão. De acordo com as estatísticas da OMS, os países da Europa ocidental demonstram uma tendência descendente, enquanto que os países da Europa oriental mostram um aumento claro nas taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral.

2.4 Hipertensão e risco cardiovascular global

O quadro resume as recomendações na avaliação do risco CV.

Avaliação do risco cardiovascular global		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos indivíduos assintomáticos com hipertensão mas sem DCV, DRC, ou diabetes, a estratificação do risco CV utilizando o modelo SCORE é recomendada como um requisito mínimo	I	B
Como há evidência de que a LO prediz a morte CV independentemente do SCORE, a procura de LO deve ser considerada, particularmente em indivíduos de risco moderado.	Ila	B
Recomenda-se que as decisões sobre as estratégias de tratamento dependam do nível inicial do risco CV global.	I	B

CV – cardiovascular; DCV – doença cardiovascular; DRC – doença renal crónica; LO – lesão de órgãos; SCORE – *Systematic COronary Risk Evaluation*.

^a Classe de recomendação. ^b Nível de evidência.

Durante mais de uma década as recomendações internacionais para o tratamento da hipertensão estratificaram o risco CV em categorias diferentes, baseadas nos níveis de PA, nos factores de risco CV, na lesão subclínica de órgãos e presença de diabetes, na doença CV sintomática ou na doença renal crónica. A Figura 1 resume a estratificação do risco CV global em baixo, moderado, elevado e muito elevado, relacionados com o risco de mortalidade CV aos 10 anos conforme definido pelas Recomendações de 2012 de Prevenção da DCV da ESC. Os factores em que se baseia a estratificação estão resumidos no Quadro 4.

Figura 1 Estratificação do risco CV global em categorias de risco baixo, moderado, elevado e muito elevado de acordo com a PAS e a PAD e a prevalência de FRs, LO subclínica, diabetes, estágio da DRC ou DCV assintomática. Os indivíduos com uma PA normal elevada no consultório mas revelando PA elevada fora do consultório (hipertensão mascarada) têm um risco CV na categoria da hipertensão. Os indivíduos com PA elevada no consultório, mas com PA normal fora do consultório (hipertensão da bata branca), particularmente na ausência da diabetes, LO, DCV ou DRC, têm um risco menor que na hipertensão continuada, para a mesma PA no consultório.

Outros factores de risco, lesão subclínica ou doença de órgãos-alvo	Pressão arterial (mmHg)			
	Normal elevada PAS 130 – 139 ou PAD 85 - 89	HTA Grau 1 PAS 140 – 159 ou PAD 90 - 99	HTA Grau 2 PAS 160 – 179 ou PAD 100 - 109	HTA Grau 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem outros FR		Risco baixo	Risco moderado	Risco elevado
1-2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco moderado a elevado	Risco elevado
≥ 3 FR	Risco baixo a moderado	Risco moderado a elevado	Risco elevado	Risco elevado
LO, DRC estágio 3 ou diabetes	Risco moderado a elevado	Risco elevado	Risco elevado	Risco elevado a muito elevado
DCV sintomática, DRC estágio ≥ 4 ou diabetes com LO/FRs	Risco muito elevado	Risco muito elevado	Risco muito elevado	Risco muito elevado

CV = cardiovascular; DCV = doença cardiovascular; DRC = doença renal crónica; FR = factor de risco; HTA = hipertensão arterial; LO = lesão de órgão; PA = pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

Quadro 4 Outros factores que influenciam o prognóstico para além da PA no consultório, utilizados para estratificação do risco cardiovascular global na Figura 1

Factores de risco

Sexo masculino
Idade (homens ≥ 55 anos; mulheres ≥ 65 anos)
Tabaco
Dislipidemia
Colesterol total $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL), e/ou
Colesterol LDL $> 3,0$ mmol/L (115 mg/dL), e/ou
Colesterol HDL: homens $< 1,0$ mmol/L (40 mg/dL), mulheres $< 1,2$ mmol/L (46 mg/dL), e/ou
Trigliceridos $> 1,7$ mmol/L (150 mg/dL)
Glicose plasmática em jejum 102-125 mg/dL (5,6 – 6,9 mmol/L)
Teste de tolerância à glicose anormal
Obesidade [IMC ≥ 30 kg/m ² (peso ²)]
Obesidade abdominal (perímetro abdominal: homens ≥ 102 cm; mulheres ≥ 88 cm) (nos Caucasianos)
Antecedentes familiares de DCV prematura (homens < 55 anos; mulheres < 65 anos)

Lesão subclínica de órgãos

Pressão do pulso (nos idosos) ≥ 60 mmHg
HVE electrocardiográfica (índice Sokolow-Lyon $> 3,5$ mV; RaVL $> 1,1$ mV; Critério de Cornell (produto voltage-duração) > 244 mV ² ms), ou
HVE ecocardiográfica [índice de MVE: homens > 115 g/m ² ; mulheres > 95 g/m ² (ASC)]
Espessamento da parede da carótida (EIM $> 0,9$ mm) ou placa
VOP carótida-femoral > 10 m/s
Índice de tornozelo-braço $< 0,9$
DRC com TFGe 30-60 mL/min/1,73 m ² (ASC)
Microalbuminúria (30-300 mg/24h), ou relação albumina-creatinina (30-300 mg/g; 3,4-34 mg/mmol) (preferencialmente na primeira urina da manhã)

Diabetes mellitus

Glicose plasmática em jejum $\geq 7,0$ mmol (126 mg/dL) em duas medições seriadas e/ou
HbA _{1c} $> 7\%$ (53 mmol/mol), e/ou
Glicose plasmática pós-carga $> 11,0$ mmol/L (198 mg/dL)

Quadro 4 Outros factores que influenciam o prognóstico para além da PA no consultório, utilizados para estratificação do risco cardiovascular global na Figura 1 (Cont.)

Doença CV ou renal estabelecidas

Doença cerebrovascular: acidente vascular cerebral isquémico; hemorragia cerebral; acidente isquémico transitório

DAC: enfarte do miocárdio; angina; revascularização do miocárdio com ICP ou CABG

Insuficiência cardíaca, incluindo insuficiência cardíaca com FE preservada

Doença arterial periférica sintomática nas extremidades inferiores

DRC com TeFG < 30 mL/min/1,73 m² (ASC); proteinúria (> 300 mg/24h)

Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudados, papiledema

ASC = área de superfície corporal; CABG = cirurgia de revascularização do miocárdio; CV = cardiovascular; DCV = doença cardiovascular; DAC = doença das artérias coronárias; DRC = doença renal crónica; EIM = espessura da íntima-média; FE = fracção de ejeção; HbA1c = hemoglobina glicada; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; ICP = intervenção coronária percutânea; IMC = índice da massa corporal; MVE = massa ventricular esquerda; PA = pressão arterial; TFGe = taxa estimada de filtração glomerular; VOP = velocidade da onda de pulso. ^a Risco máximo risco de HVE concêntrica: índice da MVE aumentada com uma relação espessura parede/raio > 0,42.

3. Avaliação diagnóstica

A avaliação inicial de um doente com hipertensão deverá: 1) confirmar o diagnóstico de hipertensão; 2) detectar as causas de hipertensão secundária; e 3) avaliar o risco cardiovascular, a lesão de órgão e as condições clínicas concomitantes. Isto requer a medição da PA, a história clínica incluindo os antecedentes familiares, o exame físico, a investigação laboratorial e testes diagnósticos adicionais. Algumas das investigações são necessárias em todos os doentes, outras apenas em grupos específicos.

3.1 Medição da pressão arterial

3.1.1 Pressão arterial no consultório

Presentemente, em muitos – embora não em todos – países da Europa, a PA no consultório já não pode ser avaliada com um esfigmomanómetro de mercúrio, estão a ser utilizados em alternativa equipamentos validados semi-automáticos, auscultatórios ou oscilométricos. As Instruções para medições correctas da PA estão resumidas no Quadro 5.

Quadro 5 Medição da pressão arterial no consultório

Ao medir a PA no consultório, devem ser tomados os seguintes cuidados:

- Permitir que o doente se sente 3-5 minutos antes da medição da PA.
- Efectuar pelo menos duas medições da PA, sentado, intervaladas 1 a 2 min e fazer medições adicionais se as duas primeiras forem muito diferentes. Considere a PA média se adequado.

Quadro 5 Medição da pressão arterial no consultório (Cont.)

- Efectuar medições repetidas da PA para melhorar a precisão em doentes com arritmias, tal como fibrilhação auricular.
- Utilizar uma braçadeira com manga insuflável padrão (12-13 cm de largura e 35 cm de comprimento), tendo também disponível uma maior (circunferência do braço > 32 cm) e uma mais pequena para braços grandes e magros respectivamente.
- Colocar a manga insuflável ao nível do coração, independentemente da posição do doente.
- Ao adoptar o método auscultatório, utilize os sons de Korotkoff das fases I e V (desaparecimento) para identificar a PA sistólica e PA diastólica, respectivamente.
- Medir a PA em ambos os braços na primeira consulta para detectar possíveis diferenças. Utilizar como valor de referência o braço com o valor mais elevado.
- Na primeira consulta medir a PA 1 a 3 minutos após o doente se colocar em posição ortostática nos idosos, nos diabéticos e noutros casos em que se suspeite ou seja frequente a existência de hipotensão ortostática.
- Medir, no caso da medição convencional da PA, a frequência cardíaca por palpação do pulso (pelo menos 30 segundos) após a segunda medição na posição de sentado.

PA = pressão arterial

3.1.2 Pressão arterial fora do consultório

A maior vantagem da monitorização da PA fora do consultório consiste no facto de providenciar um número elevado de medições da PA longe do ambiente médico, o que representa uma avaliação mais segura da PA real do que a PA no consultório. A PA fora do consultório é geralmente avaliada por MAPA ou MPAC. A MAPA e a MPAC dão informação algo diferente sobre a PA do indivíduo e o seu risco e os dois métodos deverão ser considerados complementares. A meta-análise de estudos prospectivos na população a nível dos cuidados primários nos doentes hipertensos demonstrou que a predição de eventos CV é significativamente melhor com a PA medida fora do consultório do que a PA no consultório. Além disso, o prognóstico na hipertensão da bata branca é melhor do que na hipertensão persistente e na meta-análise de estudos prospectivos o prognóstico foi semelhante ao da normotensão verdadeira. Nos doentes com hipertensão mascarada, a incidência de eventos CV é cerca de duas vezes superior ao da normotensão verdadeira e é equivalente à hipertensão persistente. No Quadro 6 são fornecidos valores para a definição da hipertensão no consultório e de PA fora do consultório.

Quadro 6 Definições de hipertensão arterial de acordo com os níveis de pressão arterial no consultório e fora do consultório

Categoria	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
PA no consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
PA em ambulatório			
Dia (ou acordado)	≥ 135	e/ou	≥ 85
Noite (ou a dormir)	≥ 120	e/ou	≥ 70
24 h	≥ 130	e/ou	≥ 80
PA em casa	≥ 135	e/ou	≥ 85

PA = pressão arterial

3.1.3 Indicações clínicas para a medição da pressão arterial fora do consultório

A PA medida no consultório continua a ser o «padrão de ouro» para rastreio, diagnóstico e tratamento da hipertensão e a PA medida fora do consultório é considerada um auxiliar importante da PA medida no consultório. As situações consideradas como indicações clínicas para a medição de PA fora do consultório para efeitos de diagnóstico estão referidas no Quadro 7.

Quadro 7 Indicações clínicas para medição da pressão arterial fora do consultório para efeitos de diagnóstico

Indicações clínicas para MPAC ou MAPA

- Suspeita de hipertensão da bata branca
 - Hipertensão Grau I no consultório
 - PA elevada no consultório em indivíduos sem lesão subclínica de órgão e com risco CV global baixo
- Suspeita de hipertensão mascarada
 - PA normal alta no consultório
 - PA normal no consultório em indivíduos com lesão subclínica de órgão ou com risco CV global elevado
- Identificação do efeito da bata branca em doentes hipertensos
- Variabilidade considerável da PA no consultório na mesma consulta ou em consultas diferentes
- Hipotensão autonómica, postural, pós-prandial, induzida pelo sono e por fármacos
- PA elevada no consultório ou suspeita de pré-eclâmpsia nas mulheres grávidas
- Identificação de hipertensão resistente verdadeira e falsa

Quadro 7 Indicações clínicas para medição da pressão arterial fora do consultório para efeitos de diagnóstico (Cont.)

Indicações específicas para MAPA

- Discordância evidente entre a PA no consultório e PA em casa.
- Avaliação do padrão de descida noturna da PA.
- Suspeita de hipertensão noturna ou ausência de descida, tal como nos doentes com apneia do sono, DRC, ou diabetes.
- Avaliação da variabilidade da PA.

CV = cardiovascular; DRC = doença renal crónica; MAPA = medição ambulatorial da pressão arterial; MPAC = monitorização da pressão arterial em casa; PA = pressão arterial.

3.2 História clínica

Detalhes sobre os antecedentes pessoais e familiares são resumidos no Quadro 8.

Quadro 8 Antecedentes pessoais e familiares

1. Duração e nível prévio da HTA, incluindo medições em casa

2. Hipertensão secundária

- a) História familiar de DRC (rim poliquístico)
- b) Antecedentes de doença renal, infecção urinária, hematuria, abuso de analgésicos (doença parenquimatosa renal)
- c) Ingestão de fármacos/substâncias, por exemplo contraceptivos, alcaçuz, carbexolona, gotas nasais vasoconstritoras, cocaína, anfetaminas, glicocorticóides e minerais corticóides, anti-inflamatórios não-esteróides, eritropoietina, ciclosporina
- d) Episódios repetitivos de sudorese, dor de cabeça, ansiedade, palpitações (feocromocitoma)
- e) Episódios de fraqueza muscular e tetania (hiperaldosteronismo)
- f) Sintomas sugestivos de doença tiroideia

Quadro 8 Antecedentes pessoais e familiares (Cont.)

3. Factores de risco

- a) Antecedentes pessoais e familiares de hipertensão e DCV
- b) Antecedentes pessoais e familiares de dislipidemia
- c) Antecedentes pessoais e familiares de diabetes *mellitus* (medicamentos, níveis de glicose no sangue, poliúria)
- d) Hábitos tabágicos
- e) Hábitos dietéticos
- f) Alterações de peso recentes; obesidade
- g) Quantidade de exercício físico
- h) Roncopatia: apneia do sono (obter também informação do parceiro)
- i) Baixo peso à nascença

4. História e sintomas de lesão de órgão e de doença cardiovascular

- a) Cérebro e olhos: dor de cabeça, vertigens, défice visual, AIT, défice sensorial ou motor, acidente vascular cerebral, revascularização das carótidas
- b) Coração: dor torácica, dispneia, edema dos tornozelos, enfarte do miocárdio, revascularização, síncope, antecedentes de palpitações, arritmias, fibrilhação auricular em especial
- c) Rim: sede, poliúria, noctúria, hematúria
- d) Artérias periféricas: extremidades frias, claudicação intermitente, distância percorrida sem dor, revascularização periférica
- e) Antecedentes de roncopatia/doença pulmonar crónica/apneia do sono
- f) Disfunção cognitiva

5. Tratamento da hipertensão

- a) Medicação anti-hipertensiva actual
- b) Medicação anti-hipertensiva passada
- c) Evidência da adesão ou falta de adesão à terapêutica
- d) Eficácia e efeitos adversos dos fármacos

AIT = acidente isquémico transitório; DCV = doença cardiovascular; DRC = doença renal crónica; HTA = hipertensão arterial.

3.3 Exame físico

O exame físico tem como objectivo estabelecer ou verificar o diagnóstico de hipertensão, avaliar a PA no momento, o rastreio de causas secundárias de hipertensão e aperfeiçoar a estimativa do risco CV global. O diagnóstico de hipertensão deve basear-se no mínimo em duas medições da PA por consulta, em pelo menos duas consultas. Mais detalhes sobre o exame físico são resumidos no Quadro 9.

Quadro 9 Exame físico para hipertensão secundária, lesão de órgãos e obesidade

Sinais sugestivos de hipertensão secundária

- Características da síndrome de Cushing
- Estigma cutâneo de neurofibromatose (feocromocitoma)
- Palpação de rins volumosos (rim poliquistico)
- Auscultação de sopros abdominais (hipertensão renovascular)
- Auscultação de sopros precordiais ou torácicos (coarctação da aorta; doença da aorta; doença arterial dos membros superiores)
- Pulsos femorais diminuídos e retardados e pressão arterial femoral reduzida comparada em simultâneo com a PA do braço (coarctação da aorta; doença aórtica; doença arterial da extremidade inferior)
- Diferença da PA nos dois braços (coarctação da aorta; estenose da artéria subclávia)

Sinais de lesão dos órgãos

- Cérebro: defeitos motores ou sensoriais
- Retina: fundoscopia anormal
- Coração: frequência cardíaca, 3.º ou 4.º som, sopros cardíacos, arritmias, localização do choque da ponta, fervores pulmonares, edema periférico
- Artérias periféricas: ausência, redução ou assimetria dos pulsos, extremidades frias, lesões cutâneas isquémicas
- Artérias carótidas: sopros sistólicos

Evidência de obesidade

- Peso e altura
- Cálculo do IMC: peso/altura^2 (kg/m^2)
- Perímetro abdominal medido em pé a meia distância entre o bordo inferior do rebordo costal (última costela) e o bordo superior da crista ilíaca

IMC = índice da massa corporal; PA = pressão arterial.

3.4 Resumo das recomendações sobre a medição da pressão arterial, história clínica, e exame físico

Medição da pressão arterial, história clínica e exame físico		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a obtenção de uma história clínica abrangente e exame físico em todos os doentes com hipertensão para averiguar o diagnóstico, detectar causas de hipertensão secundária, registar factores de risco CV e identificar LO e outras DCVs.	I	C
Recomenda-se a obtenção dos antecedentes familiares para investigar a predisposição familiar para hipertensão e DCVs.	I	B
Recomenda-se a medição da PA no consultório para rastreio e diagnóstico de hipertensão.	I	B
Recomenda-se que o diagnóstico de hipertensão se baseie no mínimo de duas medições de PA por consulta, em pelo menos duas consultas.	I	C
Recomenda-se que todos os doentes hipertensos se submetam à palpação do pulso em repouso para determinar a frequência cardíaca para pesquisa de arritmias, em especial fibrilhação auricular.	I	B
A PA fora do consultório deverá ser considerada para confirmar o diagnóstico de hipertensão, para identificar o tipo de hipertensão, para detectar episódios hipotensivos e maximizar a predição de risco CV.	IIa	B
Para medições de PA fora do consultório, a MAPA ou a MPAC podem ser consideradas dependendo da indicação, da disponibilidade, da facilidade, do custo da utilização e, se apropriado, da preferência do doente.	IIb	C

CV = cardiovascular; DCV = doença cardiovascular; LO = lesão de órgão; MAPA = monitorização ambulatória da pressão arterial; MPAC = monitorização da pressão arterial em casa; PA = pressão arterial.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

3.5 Investigações laboratoriais

As investigações laboratoriais são direccionadas para evidenciar a presença de factores de risco adicionais, na procura de hipertensão secundária e da ausência ou presença de lesão de órgão. As investigações devem progredir da mais simples para a mais complicada, conforme estabelecido no Quadro 10.

Quadro 10 Investigações laboratoriais
Testes de rotina
• Hemoglobina e/ ou hematócrito
• Glicose plasmática em jejum
• Colesterol sérico total, colesterol LDL, colesterol HDL
• Triglicerídeos séricos em jejum
• Potássio e sódio séricos
• Ácido úrico sérico
• Creatinina sérica (com estimativa de TFG)
• Análise de urina: exame microscópico; proteinúria por tira reactiva, pesquisa de microalbuminúria
• ECG de 12 derivações
Testes adicionais, baseados na história clínica, exame físico e resultados dos testes laboratoriais de rotina
• Hemoglobina A _{1c} (se a glicose plasmática em jejum for > 5,6 mmol/L (102 mg/dL) ou diagnóstico prévio de diabetes)
• Quantificação da proteinúria (se o teste por tira reactiva for positivo); potássio e sódio urinário e a sua relação
• Monitorização da PA em casa e em ambulatório durante 24-h
• Ecocardiograma
• Eco de Holter no caso de arritmias
• Prova de esforço
• Ultrassonografia carotídea
• Ultrassonografia arterial periférica/abdominal
• Velocidade da onda de pulso
• Índice de tornozelo-braço
• Fundoscopia

Quadro 10 Investigações laboratoriais (Cont.)

Avaliação adicional (geralmente domínio do especialista)

- Pesquisa adicional de lesão cerebral, cardíaca, renal e vascular – obrigatório na hipertensão resistente e complicada
- Pesquisa de hipertensão secundária quando sugerida pela história clínica, pelo exame físico, ou testes de rotina e adicionais

Colesterol HDL = colesterol de lipoproteína de alta densidade; Colesterol LDL = colesterol de lipoproteína de baixa densidade. ECG = electrocardiograma; PA = pressão arterial; TFG = taxa de filtração glomerular.

3.6 Genética

Antecedentes familiares positivos constituem uma característica frequente nos doentes hipertensos com a propensão hereditária estimada entre 35% e 50% na maioria dos estudos. Foram descritas diversas formas de hipertensão raras e monogénicas. A hipertensão essencial é um distúrbio altamente heterogéneo com uma etiologia multifactorial.

3.7 Pesquisa de lesão subclínica de órgão

Em virtude da importância da lesão subclínica de órgão, um estado intermédio no contínuo da doença vascular, e como factor determinante do risco cardiovascular global, os sinais de envolvimento orgânico devem ser cuidadosamente investigados utilizando técnicas apropriadas, se indicado. A pesquisa da lesão subclínica de órgão e também da doença estabelecida envolve o coração, as artérias, os rins, os olhos e o cérebro. O Quadro II resume o valor preditor, a disponibilidade e a relação custo-efectividade para os marcadores da lesão de órgão, e o próximo Quadro (página 20) resume as recomendações para a procura da lesão assintomática de órgão, de doença CV e de doença renal crónica. Valores de *cut-off* para alguns marcadores de lesão de órgão podem ser encontrados no Quadro 4.

Quadro 11 Valor preditor, disponibilidade, reprodutibilidade e custo-efectividade de alguns marcadores de lesão de órgão

Marcador	Valor preditor cardiovascular	Disponibilidade	Reprodutibilidade	Relação custo-efetividade
Electrocardiografia	+++	++++	++++	++++
Ecocardiografia com Doppler	++++	+++	+++	+++
Estimativa da taxa de filtração glomerular	+++	++++	++++	++++
Microalbuminúria	+++	++++	++	++++
Espessura íntima-média da carótida e placa	+++	+++	+++	+++
Rigidez arterial (velocidade da onda de pulso)	+++	++	+++	+++
Índice tornozelo-braço	+++	+++	+++	+++
Fundoscopia	+++	++++	++	+++
<i>Medições adicionais</i>				
Score de cálcico coronário	++	+	+++	+
Disfunção endotelial	++	+	+	+
Lacunas cerebrais/lesões da substância branca	++	+	+++	+
Ressonância magnética cardíaca	++	+	+++	++

A classificação vai de + a ++++.

Pesquisa de lesão subclínica de órgão, doença cardiovascular e doença renal crónica

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Coração		
Um ECG é recomendado em todos os doentes hipertensos para detectar HVE, dilatação auricular esquerda, arritmias, ou doença cardíaca concomitante.	I	B
Em todos os doentes com antecedentes ou exame físico sugestivos de arritmias <i>major</i> devem ser consideradas a monitorização electrocardiográfica de longa duração, e, no caso de suspeita de arritmias induzidas por esforço, uma prova de esforço.	Ila	C
Um ecocardiograma deveria ser considerado para apurar o risco CV e confirmar o diagnóstico electrocardiográfico de HVE, dilatação auricular esquerda ou doença cardíaca concomitante, quando se suspeita das mesmas	Ila	B
Sempre que os antecedentes sugerirem isquemia miocárdica, uma prova de esforço é recomendada e, quando positiva ou ambígua, recomenda-se um exame imagiológico para isquemia (ecocardiografia de stress, ressonância magnética cardíaca de stress ou cintigrafia nuclear).	I	C
Artérias		
A ultrassonografia das artérias carótidas deve ser considerada para detectar a hipertrofia vascular ou a aterosclerose assintomática, particularmente nos idosos.	Ila	B
AVOP da carótida-femoral deve ser considerada para detectar rigidez das grandes artérias.	Ila	B
O índice de tornozelo-braço deve ser considerado para detectar a DAP.	Ila	B
Rim		
A medição da creatinina sérica e a estimativa de TFG são recomendadas em todos os doentes hipertensos ^c .	I	B
A avaliação da proteinúria é recomendada em todos os doentes hipertensos por teste de tira reactiva.	I	B
A avaliação da microalbuminúria é recomendada em amostra de urina e relacionada com a excreção da creatinina urinária.	I	B

Pesquisa de lesão subclínica de órgão, doença cardiovascular e doença renal crónica (Cont.)

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Fundoscopia		
O exame da retina deve ser considerado em doentes hipertensos difíceis de controlar ou resistentes para detectar hemorragias, exsudados e papiledema, que estão associados a risco CV acrescido.	Ila	C
O exame da retina não é recomendado em doentes hipertensos ligeiros a moderados sem diabetes, com excepção dos jovens.	III	C
Cérebro		
Nos doentes hipertensos com declínio cognitivo, a ressonância magnética cerebral ou a tomografia computadorizada podem ser consideradas para detectar enfartes cerebrais silenciosos, enfartes lacunares, micro-hemorragias e lesões da substância branca.	Ilb	C

CV = cardiovascular; DAP = doença arterial periférica; ECG = electrocardiograma; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; RM = ressonância magnética; TFG = taxa de filtração glomerular; VOP = velocidade da onda de pulso

^aClasse de recomendações; ^bNível de evidência

^cA fórmula MDRD é recomendada actualmente, mas novos métodos tal como DRC-EPI procuram melhorar a precisão da medição.

3.8 Pesquisa de formas secundárias de hipertensão

Uma causa específica, potencialmente reversível do aumento da PA pode ser identificada numa proporção relativamente pequena de doentes hipertensos adultos. No entanto, em virtude da elevada prevalência da hipertensão na população, as formas secundárias podem afectar milhões de doentes por todo o mundo. Se a avaliação base conduzir à suspeição de que o doente sofre de uma forma secundária de hipertensão, podem tornar-se necessários procedimentos diagnósticos específicos, conforme delineado no Quadro 12.

Quadro 12 Indicações clínicas e diagnósticos da hipertensão secundária

	Indicações clínicas	
Causas comuns	História clínica	Exame físico
Doença parenquimatosa renal	História de infecção ou obstrução do tracto urinário, hematúria, abuso de analgésicos; antecedentes familiares de doença renal poliquística.	Massas abdominais (no caso de doença renal poliquística).
Estenose da artéria renal	Displasia fibromuscular: hipertensão de início precoce (especialmente nas mulheres). Estenose aterosclerótica: hipertensão de início repentino, agravamento ou dificuldade crescente de tratamento; edema pulmonar súbito.	Sopro abdominal
Aldosteronismo primário	Fraqueza muscular; história familiar de hipertensão precoce e eventos cerebrovasculares numa idade < 40 anos.	Arritmias (no caso de hipocalcemia grave).
Causas incomuns		
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística ou uma crise sobreposta à hipertensão persistente; cefaleia, suores, palpitações e palidez; história familiar positiva de feocromocitoma.	Estigmas cutâneos de neurofibromatose (manchas de café com leite, neurofibromas).
Síndrome de Cushing	Aumento rápido de peso, poliúria, polidipsia, perturbações psicológicas.	Aspectos corporais típicos (obesidade central, face em lua cheia, dorso de búfalo, estrias rubras, hirsutismo).

RAA = renina-angiotensina-aldosterona; RM = ressonância magnética; TC = tomografia computadorizada ; TFG = taxa de filtração glomerular.

	Diagnósticos	
Investigações laboratoriais	Teste(s) de primeira linha	Teste(s) adicionais/confirmativos
Presença de proteínas, eritrócitos, ou leucócitos na urina, diminuição da TFG	Ecografia renal	Investigação detalhada para doença renal
Diferença no comprimento > 1,5 cm entre os dois rins (ecografia renal) deterioração rápida da função renal (espontânea ou em resposta aos bloqueadores da RAA)	Ecografia renal com Doppler	Angio-ressonância magnética, tomografia computadorizada helicoidal, angiografia de subtração digital intra-arterial.
Hipocalemia (espontânea ou induzida por diuréticos); descoberta acidental de massas suprarrenais	Relação aldosterona-renina sob condições <i>standardizadas</i> (correção de hipocalemia e interrupção de fármacos que afectem o sistema RAA).	Testes confirmativos (sobrecarga oral de sódio, infusão salina, supressão de fludocortizona ou teste de captopril); tomografia computadorizada supra-renal; amostra colhida na veia suprarrenal.
Descoberta acidental de massas supra-renais (ou em alguns casos extra supra-renal).	Medição das metanefrinas fraccionadas urinárias ou das metanefrinas sénicas.	TC ou RM do abdómen e região pélvica; cintigrafia com I 123 meta-iodo benzina-guandina; rastreio genético para mutações patogénicas.
Hiperglicemia	Excreção de cortisol na urina de 24-h	Testes de supressão da dexametasona

4. Abordagem terapêutica

4.1 Evidência favorável à terapêutica de redução da pressão arterial elevada

A evidência favorável à administração de fármacos anti-hipertensores para reduzir o risco de CV *major* (acidente vascular cerebral fatal e não fatal, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca e outras mortes CV) nos indivíduos hipertensos resulta de um número elevado de ensaios controlados aleatorizados, na maioria controlados com placebo e suas meta-análises.

Figura 2 Iniciação das alterações do estilo de vida e tratamento com fármacos anti-hipertensores. Nos doentes com diabetes a PAD alvo está entre 80mmHg e 85mmHg. Na PA normal alta fora do consultório (hipertensão mascarada).

Outros factores de risco, lesão ou doença assintomática de órgão	Pressão arterial (mmHg)	
	Normal alta PAS 130 – 139 ou PAD 85 - 89	HTA Grau I PAS 140 – 159 ou PAD 90 - 99
Nenhum outro FR	• Sem intervenção na PA	• Alterações do estilo de vida durante alguns meses • Depois adicionar fármacos para atingir PA < 140/90
1-2 FR	• Alterações do estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Alterações do estilo de vida durante algumas semanas • Depois adicionar fármacos para atingir PA < 140/90
≥ 3 FR	• Alterações do estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Alterações do estilo de vida durante algumas semanas • Depois adicionar fármacos para atingir PA < 140/90
LO, DRC estágio 3 ou diabetes	• Alterações do estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Alterações do estilo de vida • Fármacos para atingir PA < 140/90
DCV sintomática, DRC estágio ≥ 4 ou diabetes com LO/FRs	• Alterações do estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Alterações do estilo de vida • Fármacos para atingir PA < 140/90

DCV = doença cardiovascular; DRC = doença renal crónica; FR = factor de risco; HTA = hipertensão arterial; LO = lesão de órgão; PA = pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

4.2 Quando iniciar o tratamento com fármacos anti-hipertensores

A Figura 2 resume as indicações para iniciar as alterações do estilo de vida e o tratamento com fármacos anti-hipertensores, de acordo com o nível do risco CV global, tal como na Figura 1. Mais detalhes sobre o início do tratamento farmacológico estão resumidos no quadro das recomendações.

tensores. Os alvos terapêuticos estão indicados. As cores coincidem com as da Figura 1. ta, o tratamento farmacológico deve ser considerado na presença de uma PA elevada

Pressão arterial (mmHg)	
HTA Grau 2 PAS 160 – 179 ou PAD 100 - 109	HTA Grau 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida durante algumas semanas • Depois adicionar fármacos anti-hipertensores para atingir PA < 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • De imediato fármacos para atingir PA < 140/90
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida durante várias semanas • Depois adicionar fármacos para atingir PA < 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • De imediato fármacos para atingir PA < 140/90
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • Fármacos para atingir PA < 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • De imediato fármacos para atingir PA < 140/90
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • Fármacos para atingir PA < 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • De imediato fármacos para atingir PA < 140/90
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • Fármacos para atingir PA < 140/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do estilo de vida • De imediato fármacos para atingir PA < 140/90

Iniciação do tratamento com fármacos anti-hipertensores

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
A iniciação rápida do tratamento com fármacos é recomendada em indivíduos com hipertensão grau 2 e grau 3 com qualquer nível de risco CV, umas semanas depois ou em simultâneo com a iniciação das alterações do estilo de vida.	I	A
A redução farmacológica da PA também é recomendada quando o risco CV global é elevado devido a LO, diabetes, DCV ou DRC, mesmo quando a hipertensão é de grau I.	I	B
A iniciação do tratamento com fármacos anti-hipertensores deve ser também considerada nos doentes hipertensos de grau I com risco baixo a moderado, quando a PA se encontra nessa faixa em várias consultas ou elevada segundo critérios para PA alta em ambulatório e assim permanece apesar de um razoável período de tempo com modificação do estilo de vida.	IIa	B
Nos doentes hipertensos idosos o tratamento com fármacos é recomendado quando a PAS é ≥ 160 mmHg.	I	A
O tratamento farmacológico pode ser também considerado nos idosos (pelo menos nos com menos de 80 anos) quando a PAS está entre 140-159 mmHg, desde que o tratamento anti-hipertensor seja bem tolerado.	IIb	C
A não ser que seja obtida a evidência necessária, não é recomendável a iniciação da terapêutica farmacológica quando a PA é normal-alta.	III	A
A falta de evidência também não permite recomendar a iniciação da terapêutica farmacológica nos jovens com elevação isolada de PAS braquial, embora estes indivíduos devam ser seguidos de perto com recomendações sobre o estilo de vida.	III	A

CV = cardiovascular; DCV = doença cardiovascular; DRC = doença renal crónica; LO = lesão de órgão;
PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica.

^aClasse de recomendação

^bNível de evidência

4.3 Objectivos do tratamento da pressão arterial

Em aditamento à Figura 2, o quadro seguinte de recomendações fornece mais detalhes sobre os objectivos do tratamento da PA em doentes com hipertensão arterial.

Alvos da PA nos doentes hipertensos		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
PAS alvo < 140mmHg		
a) é recomendada em doentes com risco CV baixo - moderado;	I	B
b) é recomendada em doentes com diabetes;	I	A
c) deve ser considerada em doentes com antecedentes de acidente vascular cerebral ou AIT;	Ila	B
d) deve ser considerada em doentes com DAC;	Ila	B
e) deve ser considerada em doentes com DRC diabética ou não-diabética.	Ila	B
Nos hipertensos idosos com menos de 80 anos e PAS ≥ 160 mmHg há evidência sólida para recomendar reduzir a PAS para valores entre 150 e 140 mmHg.	I	A
Nos idosos activos com menos de 80 anos podem ser considerados valores de PAS < 140 mmHg, enquanto que na população idosa frágil os alvos para a PAS devem ser adaptados à tolerância individual.	Ilb	C
Nos idosos com mais de 80 anos e com PAS inicial ≥ 160 mmHg, recomenda-se a redução da PAS para valores entre 150 e 140 mmHg, desde que se encontrem em boas condições físicas e mentais.	I	B
É sempre recomendada uma PAD alvo < 90 mmHg, excepto nos doentes com diabetes, que deverão ter valores < 85 mmHg. No entanto deve ser considerado que valores de PAD entre 80 e 85 mmHg são seguros e bem tolerados.	I	A

AIT = acidente isquémico transitório; CV = cardiovascular; DAC = doença das artérias coronárias; DRC = doença renal crónica; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

^aClasse de recomendação

^bNível de evidência

5. Estratégias de tratamento

5.1 Alterações do estilo de vida

As alterações adequadas do estilo de vida constituem a pedra angular para a prevenção da hipertensão arterial e também são importantes para o seu tratamento. Podem segura e efectivamente adiar ou prevenir a hipertensão em indivíduos não-hipertensos, adiar ou prevenir a terapêutica médica na hipertensão grau I e contribuir para a redução da PA em indivíduos hipertensos já em terapêutica com fármacos anti-hipertensores. Para além do efeito redutor da PA, contribuem para o controlo de outros factores de risco CV e condições clínicas. A maior dificuldade é o baixo nível de adesão ao longo do tempo, que requer uma acção especial para ser superada.

As recomendações sobre as alterações do estilo de vida estão resumidas no quadro seguinte.

Adopção de alterações do estilo de vida			
Recomendações	Classe ^a	Nível ^{b,c}	Nível ^{b,d}
Recomenda-se a restrição de sal para 5-6g por dia.	I	A	B
Recomenda-se moderação do consumo de álcool não mais de 20-30g de etanol por dia nos homens e 10-20g de etanol por dia nas mulheres.	I	A	B
Recomenda-se o aumento do consumo de vegetais, frutos e lacticínios magros.	I	A	B
Recomenda-se a redução do peso para índice da massa corporal de 25 kg/m ² e do perímetro abdominal para < 102 cm nos homens e < 88 cm nas mulheres, caso não haja contra-indicações.	I	A	B
Recomenda-se exercício físico regular, i.e. pelo menos 30 min de actividade física dinâmica moderada em 5 a 7 dias por semana.	I	A	B
Recomenda-se aconselhar todos os fumadores a deixar de fumar e oferecer assistência nesse sentido.	I	A	B

^aClasse de recomendação

^bNível de evidência

^cBaseado no efeito sobre a PA e/ou no perfil de risco CV.

^dBaseado nos resultados dos estudos.

5.2 Terapêutica farmacológica

5.2.1 Escolha de fármacos anti-hipertensores

Um grande número de ensaios controlados aleatorizados e respectivas meta-análises não mostraram diferenças clinicamente relevantes entre as classes farmacológicas, pelo que se pode concluir que os principais benefícios do tratamento anti-hipertensor se devem à redução da PA *per si* e são em larga medida independentes dos fármacos utilizados. Por conseguinte as cinco principais classes de fármacos (diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, antagonistas do cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os antagonistas dos receptores da angiotensina) são todas adequados para a iniciação e manutenção do tratamento anti-hipertensor, como monoterapia ou sob a forma de algumas combinações, tendo em atenção contra-indicações absolutas e relativas (Quadro 13) e indicações específicas (Quadro 14).

Quadro 13 Contra-indicações absolutas e relativas à administração de fármacos anti-hipertensores

Fármaco	Absoluta	Relativa
Diuréticos (tiazidas)	Gota	Síndrome metabólica Intolerância à glicose Gravidez Hipercalcemia Hipocalcemia
Beta-bloqueantes	Asma Bloqueio A-V (graus 2 ou 3)	Síndrome metabólica Intolerância à glicose Atletas e pessoas fisicamente activas Doença pulmonar obstrutiva crónica (excepto para bloqueadores adrenérgicos vasodilatores)
Antagonistas do cálcio (dihidropiridinas)		Taquiarritmia Insuficiência cardíaca
Antagonistas do cálcio (verapamil, diltiazem)	Bloqueio A-V (graus 2 ou 3, bloqueio trifascicular) Disfunção grave VE Insuficiência cardíaca	
Inibidores da ECA	Gravidez Edema angioneurótico Hipercaliemia Estenose bilateral da artéria renal	Mulheres potencialmente férteis

Quadro 13 Contra-indicações absolutas e relativas à administração de fármacos anti-hipertensores (Cont.)

Fármaco	Absoluta	Relativa
Antagonistas dos receptores da angiotensina	Gravidez Hipercalemia Estenose bilateral da artéria renal	Mulheres potencialmente férteis
Antagonistas dos receptores dos mineralocorticoides	Insuficiência renal aguda ou grave (TFGe < 30 mL/min) Hipercalemia	

A-V = aurículo-ventricular; TFGe = taxa estimada de filtração glomerular; VE = ventricular esquerda

Quadro 14 Fármacos a preferir em situações especiais

Situação	Fármaco
Lesão subclínica de órgão	
HVE	Inibidor-ECA, antagonista do cálcio, ARA
Aterosclerose assintomática	Antagonista do cálcio, inibidor-ECA
Microalbuminúria	Inibidor-ECA, ARA
Disfunção renal	Inibidor-ECA, ARA
Evento clínico CV	
Acidente vascular cerebral prévio	Qualquer agente anti-hipertensor eficaz
Enfarte do miocárdio prévio	BB, inibidor-ECA, ARA
Angina de peito	BB, antagonista do cálcio
Insuficiência cardíaca	Diurético, BB, inibidor-ECA, ARA, antagonistas dos receptores mineralocorticoides
Aneurisma da aorta	BB
Fibrilhação auricular	Considerar ARA, inibidor-ECA, BB ou antagonista dos receptores mineralocorticoides
Fibrilhação auricular, prevenção, controlo da frequência ventricular	BB, antagonista do cálcio não dihidropiridínico
DRFT/proteinúria	Inibidor-ECA, ARA
Doença arterial periférica	Inibidor-ECA, antagonista do cálcio

Quadro 14 Fármacos a preferir em situações especiais (Cont.)

Situação	Fármaco
Outros	
HSI (idosos)	Diurético, antagonista do cálcio
Síndrome metabólica	Inibidor-ECA, ARA, antagonista do cálcio
Diabetes mellitus	Inibidor-ECA, ARA
Gravidez	Alfa metildopa, BB, antagonista do cálcio
Raça negra	Diurético, antagonista do cálcio

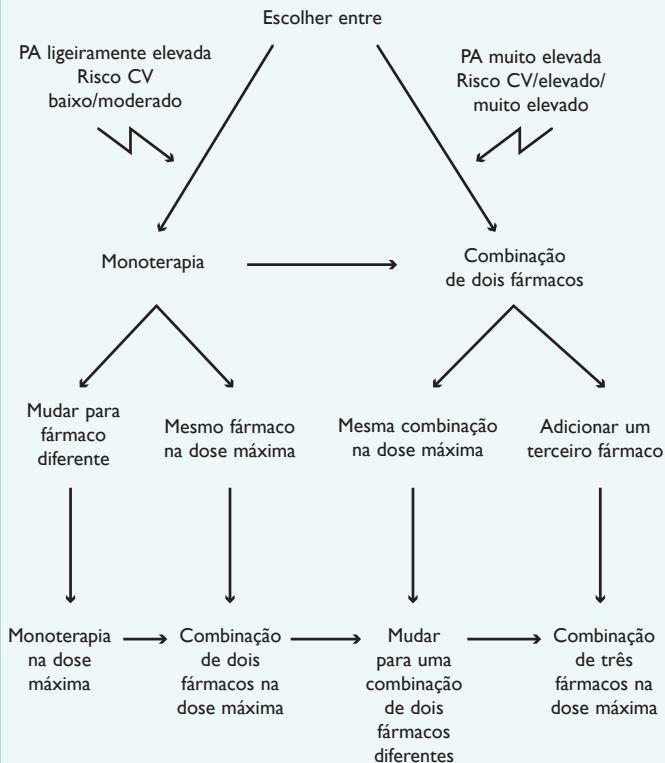
ARA = antagonista do receptor da angiotensina; BB = beta bloqueante; CV = cardiovascular; DRFT = doença renal em fase terminal; ECA = enzima de conversão da angiotensina; HSI = hipertensão sistólica isolada; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; PA = pressão arterial.

5.2.2 Monoterapia e terapêutica combinada

A iniciação do tratamento anti-hipertensor com monoterapia é recomendada em doentes com elevação ligeira da PA ou com risco baixo-moderado, enquanto que a combinação de dois fármacos pode ser considerada em doentes com PA marcadamente elevada ou com risco CV elevado/muito elevado. A Figura 3 mostra como passar de uma estratégia terapêutica menos intensiva para mais intensiva, caso a PA-alvo não tenha sido atingida. A Figura 4 mostra as combinações possíveis de classes de fármacos anti-hipertensores, incluindo as combinações preferidas e úteis.

Figura 3 Monoterapia versus estratégias de combinação de fármacos para atingir a PA-alvo

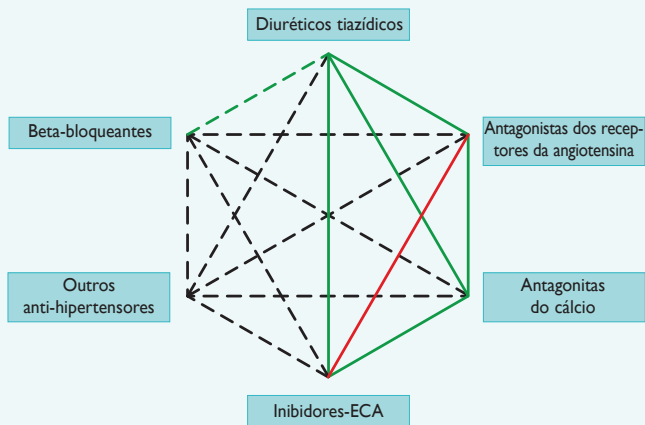
Deve-se passar de uma estratégia terapêutica menos intensiva para mais intensiva até atingir a PA-alvo



CV = cardiovascular; PA = pressão arterial.

Figura 4 Combinações possíveis de classes de fármacos anti-hipertensores

Linhas verdes contínuas: combinações preferíveis; linhas verdes tracejadas: combinação útil (com algumas limitações); linhas pretas tracejadas: combinações possíveis, mas menos bem-testadas; linha encarnada contínua: combinação não-recomendável. Embora o verapamil e o diltiazem sejam por vezes utilizados com um beta-bloqueante para melhorar o controlo da frequência ventricular na fibrilhação auricular permanente, apenas os antagonistas do cálcio dihidropiridínicos devem ser habitualmente combinados com os beta-bloqueantes.



ECA= enzima de conversão da angiotensina.

5.2.3 Resumo das recomendações sobre as estratégias terapêuticas e escolha de fármacos

Estratégias de tratamento e escolha de fármacos		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Os diuréticos (tiazidas, clortalidona e indapamida), beta-bloqueantes, antagonistas do cálcio, inibidores-ECA e antagonistas dos receptores da angiotensina são todos adequados e recomendados para a iniciação e manutenção do tratamento anti-hipertensor; tanto em monoterapia como em algumas combinações entre si.	I	A
Alguns agentes devem ser considerados como escolha preferencial em situações específicas pois foram testados em ensaios nessas condições ou devido a uma eficácia superior em certos tipos de LO.	IIa	C
A iniciação da terapêutica anti-hipertensora com a combinação de dois fármacos pode ser considerada em doentes com PA basal bastante elevada ou com risco CV global elevado.	IIb	C
A combinação de dois antagonistas do SRA não é recomendável e deve ser desencorajada.	III	A
Outras combinações de fármacos devem ser consideradas e são provavelmente benéficas em relação directa com a redução da PA. No entanto, as combinações que foram utilizadas com sucesso nos ensaios podem ser preferíveis.	IIa	C
As combinações de dois fármacos anti-hipertensores em doses fixas num único comprimido podem ser recomendadas e favorecidas, pois a redução do número de comprimidos diários melhora a adesão terapêutica, que é baixa em doentes com hipertensão.	IIb	B

CV = cardiovascular; ECA = enzima de conversão da angiotensina; LO = lesão de órgão; PA = pressão arterial; SRA = sistema renina-angiotensina.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

6. Estratégias de tratamento em situações especiais

6.1 Hipertensão da bata branca e hipertensão mascarada

Estratégias de tratamento na hipertensão da bata branca e mascarada		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos indivíduos com hipertensão da bata branca sem factores de risco adicionais, a intervenção terapêutica deve ser limitar-se apenas à alteração dos estilos de vida, sendo esta decisão acompanhada de um seguimento apertado.	IIa	C
Nos indivíduos com hipertensão da bata branca e risco CV mais elevado por alterações metabólicas ou LO subclínica, o tratamento com fármacos pode ser considerado em aditamento à alteração do estilo de vida.	IIb	C
Na hipertensão mascarada tanto as medidas do estilo de vida como o tratamento com fármacos anti-hipertensores devem ser considerados, porque este tipo de hipertensão apresenta um risco CV muito próximo do da hipertensão arterial no consultório e fora do consultório.	IIa	C

CV = cardiovascular; LO = lesão de órgão.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

6.2 Idosos

Estratégias do tratamento anti-hipertensor nos idosos		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos idosos hipertensos com PAS \geq 160mmHg há evidência sólida para recomendar a redução da PAS para valores entre 150 e 140 mmHg.	I	A
Nos idosos ativos < 80 anos e com PAS \geq 140 mmHg o tratamento anti-hipertensor pode ser considerado de modo a atingir uma PAS-alvo < 140 mmHg, se o tratamento for bem tolerado.	IIb	C
Nos indivíduos com mais de 80 anos com uma PAS inicial \geq 160 mmHg recomenda-se a redução da PAS para valores entre 150 e 140 mmHg, desde que se encontrem em boas condições físicas e mentais.	I	B
Nos idosos fragilizados, recomenda-se que as decisões sobre a terapêutica anti-hipertensora sejam da responsabilidade do médico assistente, baseadas na monitorização dos efeitos clínicos do tratamento.	I	C

Estratégias do tratamento anti-hipertensor nos idosos (Cont.)		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
A continuação de um tratamento anti-hipertensor bem tolerado deve ser considerada quando um indivíduo tratado atinge os 80 anos.	IIa	C
Todos os agentes anti-hipertensores são recomendados e podem ser utilizados nos idosos, embora os diuréticos e os antagonistas do cálcio possam ser os preferidos no tratamento da hipertensão sistólica isolada.	I	A

PAS = pressão arterial sistólica. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

6.3 Adultos jovens

Apesar de não existirem dados evidentes nos ensaios controlados aleatorizados, o tratamento com fármacos anti-hipertensores pode ser considerado prudente nos hipertensos jovens e, especialmente quando outros factores de risco estão presentes, a PA deve ser reduzida para < 140/90 mmHg. Os jovens com hipertensão da bata branca podem ser seguidos apenas com as medidas do estilo de vida.

6.4 Mulheres

Estratégias de tratamento nas mulheres hipertensas		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
A terapêutica hormonal e os moduladores selectivos dos receptores dos estrogénios, não são recomendados e não devem ser utilizados para a prevenção primária ou secundária da DCV. Se o tratamento nas mulheres perimenopausicas mais jovens for considerado para sintomas graves de menopausa, os benefícios devem ser pesados contra riscos potenciais.	III	A
O tratamento farmacológico da hipertensão grave na gravidez (PAS > 160 mmHg ou PAD > 110 mmHg) é recomendado.	I	C
O tratamento farmacológico pode também ser considerado nas grávidas com elevação persistente da PA ≥ 150/95 e quando a PA ≥ 140/190 mmHg na presença de hipertensão gestacional, LO subclínica ou sintomas.	IIb	C
Nas mulheres com elevado risco de pré-eclâmpsia, desde que apresentem um baixo risco de hemorragia gastrointestinal, o tratamento com baixa dosagem de aspirina a partir da 12.ª semana até ao parto pode ser considerado.	IIb	B

Estratégias de tratamento nas mulheres hipertensas (Cont.)		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nas mulheres em período potencialmente fértil, os bloqueadores do SRA não são recomendados e devem ser evitados.	III	C
A alfa metildopa, o labetalol e a nifedipina devem ser considerados como fármacos anti-hipertensores preferenciais na gravidez. Em caso de emergência (pré-eclâmpsia) estão indicados o labetalol por via intravenosa ou a infusão de nitroprussiato de sódio.	IIa	B

DCV = doença cardiovascular; LO = lesão de órgão; PA = pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica; SRA = sistema renina-angiotensina.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

6.5 Diabetes mellitus

Estratégias de tratamento dos doentes com diabetes		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Apesar da iniciação do tratamento com fármacos anti-hipertensores, em doentes com diabetes e PAS \geq 160 mmHg, ser obrigatória, recomenda-se vivamente que o tratamento farmacológico se inicie quando a PAS é \geq 140 mmHg.	I	A
A PAS-alvo < 140 mmHg é recomendada em doentes com diabetes.	I	A
A PAD-alvo recomendada para doentes com diabetes é < 85 mmHg.	I	A
Todas as classes de agentes anti-hipertensores são recomendadas e podem ser utilizadas em doentes com diabetes; os bloqueadores do SRA podem ser a primeira opção, especialmente na presença de proteinúria ou de microalbuminúria.	I	A
Recomenda-se que a escolha individualizada de fármacos tenha em atenção as comorbilidades.	I	C
A administração simultânea de dois bloqueadores do SRA não é recomendada e deve ser evitada nos doentes com diabetes.	III	B

PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica; SRA = sistema renina-angiotensina.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

6.6 Apneia obstrutiva do sono

A associação entre a apneia obstrutiva do sono (AOS) e a hipertensão arterial está bem documentada, particularmente quando se trata de hipertensão noturna. Em virtude da relação existente entre a obesidade e a AOS, a perda de peso e o exercício físico são habitualmente recomendados. A ventilação com pressões positivas contínuas é um procedimento com sucesso para reduzir a AOS, mas o efeito a nível da PA parece ser muito pequeno.

6.7 Nefropatia diabética e não-diabética

Estratégias terapêuticas nos doentes hipertensos com nefropatia		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
A redução da PAS para < 140 mmHg deve ser considerada.	IIa	B
Quando há proteinúria franca, valores de PAS < 130 mmHg podem ser considerados, desde que as alterações da TFGe sejam monitorizadas.	IIb	B
Os bloqueadores do SRA são mais eficazes na redução da albuminúria do que outros agentes anti-hipertensores e são indicados nos doentes hipertensos com microalbuminúria ou proteinúria franca.	I	A
Para atingir os alvos da PA é habitualmente necessário recorrer à terapêutica combinada, pelo que se recomenda a associação dos bloqueantes do SRA com outros agentes anti-hipertensores.	I	A
A combinação de dois bloqueantes do SRA, embora potencialmente mais eficaz na redução de proteinúria, não é recomendada.	III	A
Os antagonistas da aldosterona não podem ser recomendados na DRC, especialmente quando combinados com um bloqueador do SRA, por causa do risco de redução excessiva da função renal e de hipercaliemia.	III	C

DRC = doença renal crónica; PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica; SRA = sistema renina-angiotensina; TFGe = taxa estimada de filtração glomerular.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

6.8 Doença cerebrovascular

Estratégias terapêuticas em doentes hipertensos com doença cerebrovascular

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Não é recomendável intervir com uma terapêutica de redução da PA durante a primeira semana após um acidente vascular cerebral agudo independentemente do nível da PA, embora um julgamento clínico deva ser utilizado no caso de uma PAS muito elevada.	III	B
O tratamento anti-hipertensor é recomendado em doentes hipertensos com antecedentes de acidente vascular cerebral ou de AIT, mesmo quando a PAS inicial está entre os valores de 140 – 159 mmHg.	I	B
Nos doentes hipertensos com antecedentes de acidente vascular cerebral ou de AIT, a PAS-alvo < 140 mmHg deve ser considerada.	IIa	B
Nos hipertensos idosos com antecedentes de acidente vascular cerebral ou de AIT, os valores considerados da PAS para intervenção e com alvo terapêutico podem ser um pouco superiores.	IIb	B
Todos os regimes farmacológicos são recomendados para a prevenção do acidente vascular cerebral, desde que a PA seja efectivamente reduzida.	I	A

AIT = acidente isquémico transitório; PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

6.9 Doença cardíaca

Estratégias terapêuticas nos doentes hipertensos com doença cardíaca

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos doentes hipertensos com DAC, deve ser considerada uma PAS-alvo < 140 mmHg.	Ila	B
Nos doentes hipertensos com enfarte do miocárdio recente são recomendados beta-bloqueantes. No caso de outra DAC todos os agentes anti-hipertensores podem ser utilizados, mas os beta-bloqueantes e os antagonistas do cálcio são os preferíveis por razões sintomáticas (angina).	I	A
Os diuréticos, os beta-bloqueantes, os inibidores-ECA, os antagonistas dos receptores da angiotensina, e/ou os antagonistas dos receptores dos mineralocorticóides são recomendados em doentes com insuficiência cardíaca ou disfunção VE grave para reduzir a mortalidade e a hospitalização.	I	A
Nos doentes com insuficiência cardíaca e FE preservada, não foi comprovado que a terapêutica anti-hipertensora <i>per si</i> ou qualquer fármaco em particular sejam benéficos. No entanto, nestes doentes bem como nos doentes com hipertensão e disfunção sistólica, a redução da PAS para cerca de 140 mmHg deve ser considerada. O tratamento orientado pelo alívio dos sintomas (congestão com diuréticos, frequência cardíaca elevada com beta-bloqueantes, etc.) deve ser também considerado.	Ila	C
Os inibidores-ECA e os antagonistas dos receptores da angiotensina (e os beta-bloqueantes e os antagonistas dos receptores dos mineralocorticóides no caso de coexistência de insuficiência cardíaca) devem ser considerados como agentes anti-hipertensores nos doentes com fibrilhação auricular recente ou recorrente.	Ila	C
Recomenda-se que todos os doentes com HVE sejam tratados com agentes anti-hipertensores.	I	B
Nos doentes com HVE, a iniciação do tratamento com um dos agentes que demonstrou maior capacidade de regressão da HVE deve ser considerada, i.e. os inibidores-ECA, os antagonistas dos receptores da angiotensina e os antagonistas do cálcio.	Ila	B

DAC = doenças das artérias coronárias; ECA = enzima de conversão da angiotensina; FE = fracção de ejeção; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; PAS = pressão arterial sistólica; VE = ventrículo esquerdo.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

6.10 Aterosclerose, arteriosclerose e doença arterial periférica

Estratégias terapêuticas nos doentes hipertensos com aterosclerose, arteriosclerose e doença arterial periférica

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Na presença de aterosclerose carotídea, a prescrição de antagonistas do cálcio e de inibidores-ECA deve ser considerada uma vez que estes agentes demonstraram uma maior eficácia em adiar a progressão da aterosclerose do que os diuréticos e os beta-bloqueantes.	IIa	B
Nos doentes hipertensos com VOP acima 10 m/s todos os fármacos anti-hipertensores devem ser considerados desde que se atinja consistentemente a redução da PA para < 140/90 mmHg.	IIa	B
A terapêutica anti-hipertensora é recomendada nos doentes hipertensos com DAP de modo a atingir um alvo < 140/90 mmHg, em virtude do seu elevado risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e morte CV.	I	A
Embora seja necessário um seguimento cuidadoso, os beta-bloqueantes podem ser considerados para o tratamento da hipertensão arterial em doentes com DAP, uma vez que a sua administração não parece estar associada à exacerbação dos sintomas de DAP.	IIb	A

CV = cardiovascular; DAP = doença arterial periférica; ECA = enzima de conversão da angiotensina; PA = pressão arterial; VOP = velocidade da onda de pulso.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

6.11 Hipertensão resistente

Estratégias terapêuticas em doentes com hipertensão resistente		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos doentes com hipertensão resistente recomenda-se que os médicos verifiquem se os fármacos incluídos no regime de terapêutica múltipla têm algum efeito de redução da PA e que os retirem caso o seu efeito seja inexistente ou mínimo.	I	C
Os antagonistas dos receptores dos mineralocorticóides, o amilorido e o bloqueador alfa-1 doxazosina devem ser considerados, caso não haja qualquer contra-indicação.	IIa	B
Caso o tratamento com fármacos não seja eficaz, procedimentos invasivos tal como a desnervação renal e a estimulação dos barorreceptores podem ser considerados.	IIb	C
Até que exista maior evidência da eficácia e segurança da desnervação renal e na estimulação dos barorreceptores, a longo-prazo recomenda-se que estes procedimentos sejam efectuados por profissionais experientes e que o diagnóstico e seguimento sejam confinados a centros especializados em hipertensão.	I	C
Recomenda-se que as abordagens invasivas sejam consideradas apenas para doentes hipertensos verdadeiramente resistentes, com valores clínicos PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg e com elevação da PA confirmada por MAPA.	I	C

MAPA = monitorização ambulatória da pressão arterial; PA = pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica. ^aClasse de recomendação; ^bNível de evidência.

6.12 Hipertensão maligna

A hipertensão maligna é uma emergência hipertensiva, clinicamente definida como a presença de PA muito elevada associada a lesão isquémica de órgão (retina, rim, coração ou cérebro). O tratamento é baseado em agentes que podem ser administrados por infusão intravenosa e titulados.

6.13 Hipertensão renovascular

A estenose da artéria renal secundária a aterosclerose é relativamente frequente, especialmente na população idosa. Discute-se ainda se estes doentes beneficiam das intervenções, na sua maioria implantação percutânea de *stent* na artéria renal. A intervenção não é recomendada se a função renal permaneceu estável nos últimos 6-12 meses e se a hipertensão está controlada com um regime médico aceitável. A displasia fibromuscular é mais comum nos doentes mais novos, sobretudo mulheres, com hipertensão não controlada para os quais existe informação convincente, embora não controlada, que favorece a intervenção.

7.Tratamento dos factores de risco associados

A tabela abaixo resume as recomendações sobre os agentes hipolipemiantes, a terapêutica anti-plaquetária e o tratamento da hiperglicemia em doentes com hipertensão arterial.

Tratamento dos factores de risco associados à hipertensão		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a utilização de terapêutica com estatinas nos doentes hipertensos com risco CV moderado a elevado, para atingir um valor de colesterol de baixa-densidade < 3,0 mmol/L (115 mg/dL).	I	A
Quando há DAC clinicamente evidente, recomenda-se terapêutica com estatinas para atingir níveis de colesterol de lipoproteína de baixa-densidade < 1,8 mmol/L (70 mg/dL).	I	A
A terapêutica antiagregante plaquetária, em especial a aspirina de baixa dosagem, é recomendada nos doentes hipertensos com eventos cardiovasculares prévios.	I	A
A aspirina deve também ser considerada nos doentes hipertensos com função renal reduzida ou risco CV elevado, desde que a PA esteja bem controlada.	IIa	B
A aspirina não é recomendada para a prevenção CV nos doentes hipertensos com risco baixo-moderado, nos quais o benefício e o prejuízo absolutos são equivalentes.	III	A
Nos doentes hipertensos diabéticos é recomendado um alvo de HbA _{1c} < 7,0% sob tratamento antidiabético.	I	B
Nos doentes idosos fragilizados com diabetes de maior duração, mais comorbilidades e risco elevado deve ser considerado tratamento para HbA _{1c} alvo < 7,5-8,0% .	IIa	C

CV = cardiovascular; DAC = doença das artérias coronárias; HbA_{1c} = hemoglobina glicada; PA = pressão arterial.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

8. Seguimento e melhoria do controlo da pressão arterial

Os indivíduos com PA normal alta ou com hipertensão da bata branca, mesmo quando não tratados, devem ser agendados para seguimento regular, pelo menos uma vez por ano, para medir a PA no consultório e fora do consultório, para verificar o perfil de risco CV e para reforçar recomendações sobre alterações do estilo de vida.

O doente com hipertensão arterial, após iniciar terapêutica farmacológica, deve ser visto em intervalos de 2 a 4 semanas para avaliar os efeitos na PA e potenciais efeitos secundários. Uma vez atingida a PA-alvo, um intervalo de alguns meses entre consultas é razoável. Dependendo da organização local dos serviços de saúde, muitas das consultas ulteriores podem ser conduzidas por profissionais de saúde não médicos, tais como enfermeiros. Para doentes estáveis, a MPAC e a comunicação electrónica com o médico pode também ser uma alternativa aceitável.

É aconselhável avaliar os factores de risco e a lesão subclínica de órgão pelo menos de dois em dois anos. Conforme indicado na Figura 5, a regressão induzida pelo tratamento de algumas das lesões de órgão induzidas pela hipertensão relaciona-se com a redução de eventos CV induzida pelo tratamento, oferecendo informação válida sobre se o doente está mais ou menos protegido pela estratégia terapêutica adoptada.

Figura 5 Sensibilidade dos marcadores da LO subclínica para detectar as alterações induzidas pelo tratamento, tempo para a alteração e valor prognóstico das alterações

Marcador da lesão de órgão	Sensibilidade para alterações	Tempo para a alteração	Valor prognóstico das alterações
HVE/ECG	Baixa	Moderada (> 6 meses)	Sim
HVE/eco	Moderada	Moderado (> 6 meses)	Sim
HVE/ressonância magnética cardíaca	Elevada	Moderado (> 6 meses)	Sem dados
TFGe	Moderada	Muito lentamente (anos)	Sem dados
Proteinúria	Elevada	Rapidamente (meses-semanas)	Moderada
Espessura da parede carotídea	Muito baixo	Lentamente (> 12 meses)	Não
Velocidade da onda de pulso	Elevada	Rapidamente (semanas-meses)	Dados limitados
Índice tornozelo-braço	Baixa	Sem dados	Sem dados

ECG = electrocardiograma; eco = ecocardiograma; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; LO = lesão de órgão; TFGe = taxa estimada de filtração glomerular.

A PA não controlada deve-nos levar sempre a investigar a(s) causa(s), tal como baixa adesão, efeito persistente da bata branca, ou a utilização de substâncias que aumentam a PA. Devem ser tomadas medidas adequadas para um melhor controlo da PA, evitando a inércia do médico. O Quadro 15 resume métodos para melhorar a adesão às recomendações do médico.

Quadro 15 Métodos para melhorar a adesão às recomendações do médico	
Nível do doente	
	Informação associada a estratégias motivacionais
	Sessões de grupo
	Auto-monitorização da pressão arterial
	Auto-gestão com sistemas simples guiados pelo doente
	Intervenções complexas*
Nível do tratamento farmacológico	
	Simplificação do regime terapêutico
	Embalagem calendário
Nível do sistema de saúde	
	Cuidados intensificados (monitorização, seguimento telefónico, lembretes, visitas domiciliárias, telemonitorização da pressão arterial em casa, apoio social, aconselhamento assistido por computador e embalagens)
	Intervenções dirigidas a farmacêuticos
	Estratégias de incentivo financeiro para melhorar o envolvimento dos clínicos gerais na avaliação e no tratamento da hipertensão

*Quase todas as intervenções que foram eficazes para o tratamento a longo-prazo foram complexas, incluindo combinações de cuidados mais próximos, informação, lembretes, auto-monitorização, reforços, aconselhamento, terapia familiar, psicoterapia, intervenção e situação de crise, seguimento telefónico, programas de apoio social no local de trabalho e em farmácias.

Notas

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notas

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®**

© 2013 The European Society of Cardiology

Nenhuma parte das presentes Recomendações pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem a autorização por escrito da ESC.

O seu conteúdo foi adaptado das Recomendações da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial (European Heart J 2013;34:2159-2219 – doi:10.1093/eurheartj/ehf151).

Para aceder ao texto integral tal como foi publicado pela European Society of Cardiology visite o nosso site:

www.escardio.org/guidelines

Copyright © European Society of Cardiology 2013 - Todos os direitos reservados.

O conteúdo destas Recomendações da European Society of Cardiology (ESC) foi publicado unicamente para uso profissional e educativo. Não está autorizado o seu uso comercial. Nenhuma parte das presentes Recomendações da ESC pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem a autorização escrita da ESC. A autorização pode ser obtida mediante apresentação de um pedido por escrito dirigido à ESC, Practice Guidelines Department, 2035, route des Colles – Les Templiers BP 1769 – 06903 Sophia Antipolis Cedex – França.

Renúncia de responsabilidade:

As Recomendações da ESC expressam a opinião da ESC e foram elaboradas após cuidadosa consideração das evidências disponíveis à data da sua redacção. Os profissionais de saúde são encorajados a tê-las em consideração no exercício da sua avaliação clínica. No entanto, as recomendações não se devem sobrepor à responsabilidade individual dos profissionais de saúde de tomarem as decisões ajustadas com base nas circunstâncias específicas dos doentes de forma individualizada, de mútuo acordo com cada doente e, se adequado e exigido, com o representante ou encarregado do doente. Cabe igualmente ao profissional de saúde verificar as regras e regulamentos aplicáveis aos medicamentos e dispositivos médicos à data da prescrição do tratamento.

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines



**EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®**

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
2035, ROUTE DES COLLES
LES TEMPLIERS - BP 179
06903 SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX - FRANCE
PHONE: +33 (0)4 92 94 76 00
FAX: +33 (0)4 92 94 76 01
E-mail: guidelines@escardio.org

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines