

Hipertensão Arterial Sistêmica

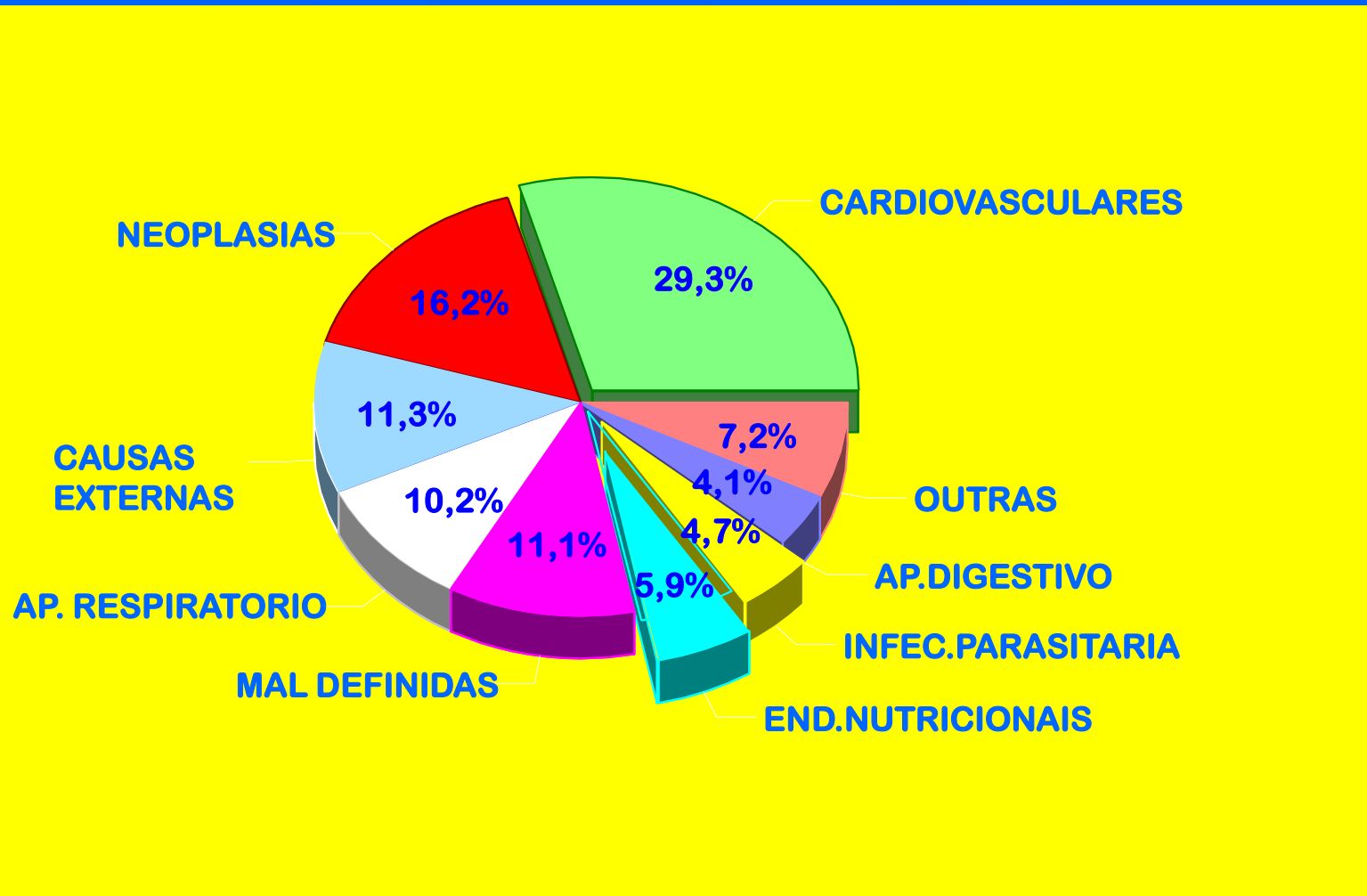
Diagnóstico, Avaliação, Tratamento e Implicações

Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária
Prof. Nelson Robson Mendes de Souza
Prof Cesar Augusto O Favoreto

Epidemiologia

- DCV são a primeira causa de óbitos no Brasil
- Dentre as DCV o AVE e o IAM são as mais prevalentes (65% dos óbitos em adultos de 30 a 69 anos)
 - Os estudos de coortes verificaram:
 - O risco \uparrow progressivamente com a PAS e com a PAD
 - PAS está relacionada ao risco cardiovascular entre os 30 e 60 anos
 - O risco cardiovascular anual é $>$ em idosos com PA iguais em adultos
- Prevalência da HAS entre 15 a 20% da população adulta.
 - Para todas as idades e pressões o risco anual é maior para homens
- 80% dos casos de AVE e 60% de DAC estão relacionados com a HAS.
- HAS é o principal fator de risco para DCV
- Segundo fator de risco para IRC

MORTALIDADE PROPORCIONAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



Classificação VII JOINT – 2003

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)	Seguimento
Normal	< 120	< 80	Rechegar 2anos
Pré-hipertensão	120 – 139	80 – 89	Rechegar 1ano
Estágio 1	140 – 159	90 – 99	Confirmar 2meses
Estágio 2	> ou = 160	> ou = 100	Confirmar 7-30dias

Classificação da PA para crianças e adolescentes

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Freqüência de medida da PA
Normais	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	

Recomendações para seguimento (prazos máximos) de acordo com a pressão arterial inicial (mmHg)

Sistólica	Diastólica	Seguimento
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês
> 180	> 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

Tratar a HAS para que e para quem

- ✓ Acidente vascular encefálico (AVE);
- ✓ Doença Isquêmica Cardíaca;
- ✓ Insuficiência renal;
- ✓ Insuficiência Cardíaca;
- ✓ Doença arterial periférica.
- ✓ Doença cardíaca isquêmica
- ✓ Aneurisma de aorta;
- ✓ Principal causa de morte em diabéticos (UKPDS)

Hipertensos: com conhecimento, tratados e controlados nos EUA

1976-1980 1988-1991 1991-1994 1999-2000

Sabe da
condição

51%

73%

68%

70%

Tratados

31 %

55 %

54 %

59%

Controle

10 %

29 %

27 %

34%



Diagnosticar HAS é fácil?



Verificação da pressão arterial

Aspectos relevantes na verificação ambulatorial

- Atenção ao uso de álcool e cafeína e de alimentos, bexiga cheia, esforço ou sob stress antes da medida da PA
- Tamanho do manguito: largura da parte inflável deve ser 40% a 50% da circunferência do braço; o comprimento da parte inflável deve envolver 80% do braço — Manguito pequeno ↑PA
- Inflar rapidamente de 10 em 10 mmHG e desinflar 2mmHg/seg
- Esperar 1 a 2 min para reinflar o aparelho
- Verificar pelo menos 2 vezes e registrar a média
- Para detectar hipotensão arterial verifique a PA após o paciente estar de pé por pelo menos 1 min.

Situações Especiais de verificação da PA

Idosos

Hiato auscultatório, subestima a verdadeira PAS

Pseudo-hipertensão → nível de PA falsamente elevado. (Manobra de Osler → após inflar até desaparecer o pulso radial persiste a artéria radial palpável)

Gestantes

Verificar PA na posição sentada.

PAD deverá ser considerada na fase V de Korotkoff. Quando batimentos persistirem até o nível zero, utilizar a fase IV para registro da PAD.

Obesos

Na ausência manguito adequado à circunferência do braço pode-se: corrigir a leitura obtida com manguito padrão (13 cm x 24 cm) através de:

- Tabelas
- Fita de correção aplicada no manguito
- Medição no antebraço (forma menos recomendada)

Indicações de uso do MAPA

- Hipertensão do jaleco branco
- Avaliação de aparente resistência às drogas
- Avaliação de mudanças noturnas de PA
- Hipertensão episódica

Critérios de anormalidade do MAPA

- Sintomas de hipotensão associados ao uso de anti-hipertensivos ou por disfunções autonômicas
- Carga da PA : % de PA com paciente acordado $>140/90$ ou PA do Síncope $>120/80$ mmHg
- Média de PAS nas 24 horas > 135 mmHg, média de PAD > 85 mmHG

Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)

Três medidas pela manhã e três à noite, durante 4-5 dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho com aparelhos validados.

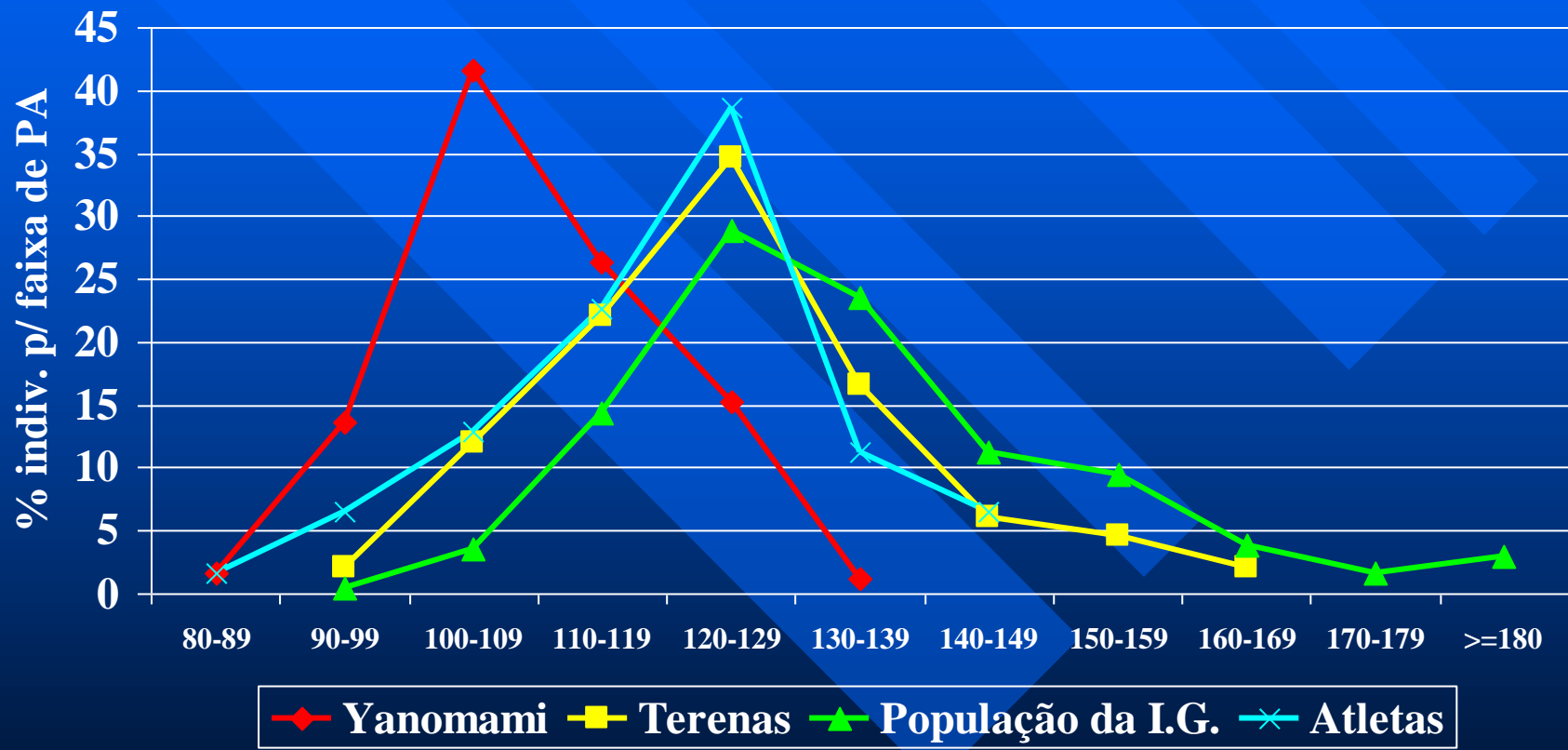
São consideradas anormais as médias, de pelo menos 12 medidas, de pressão arterial acima de **135/85 mm Hg.**

Fatores de risco cardiovasculares maiores

- ☐ Tabagismo
- ☐ Sedentarismo
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Microalbuminúria ou TFG < 60 ml / min
- ☐ Obesidade — IMC > 30
- ☐ Idade acima de 60 anos
- ☐ Sexo: homens ou mulheres pós-menopausa
- ☐ História familiar de doença cardiovascular em:
 - ✎ mulheres com menos de 65 anos de idade
 - ✎ homens com menos de 55 anos de idade

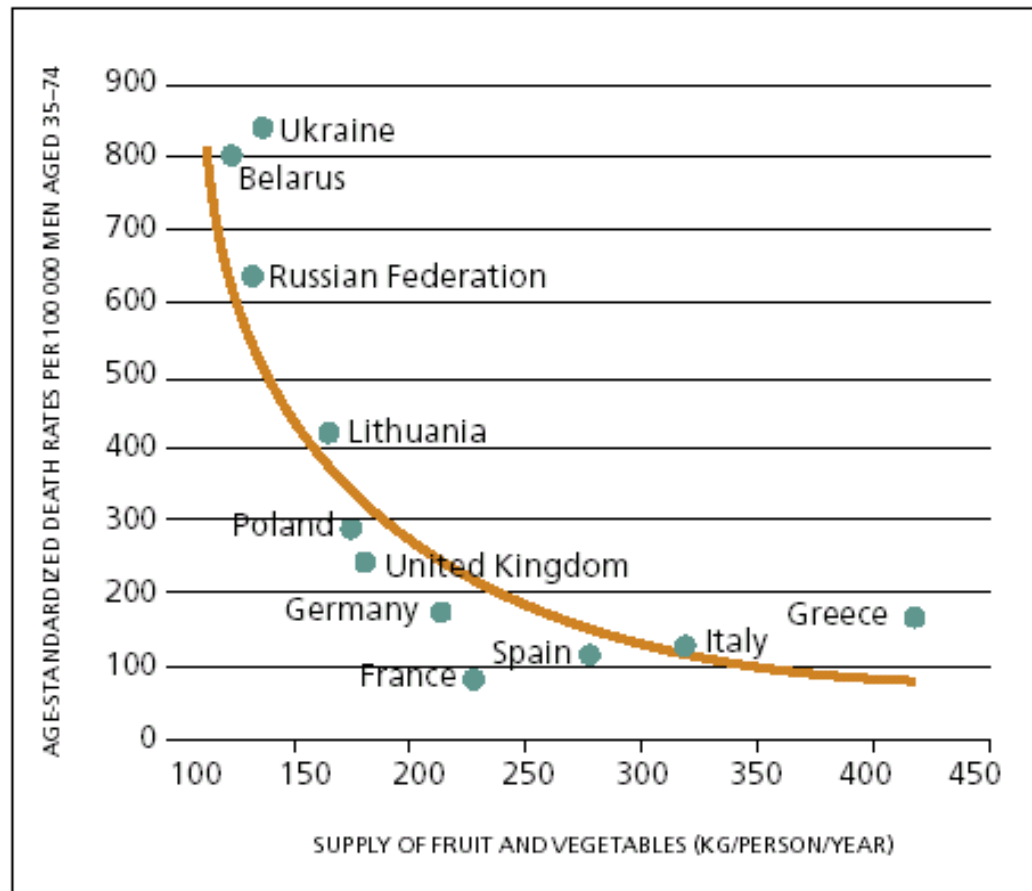
No Brasil as baixas condições sócio econômicas, a exclusão social, o desemprego, a precariedade da proteção social e a iniquidade do acesso aos serviços de saúde são responsáveis pela cumulatividade de várias condições favoráveis ao desenvolvimento das DCV

DISTRIBUIÇÃO DA P.A. SISTÓLICA (Sexo Masc.)



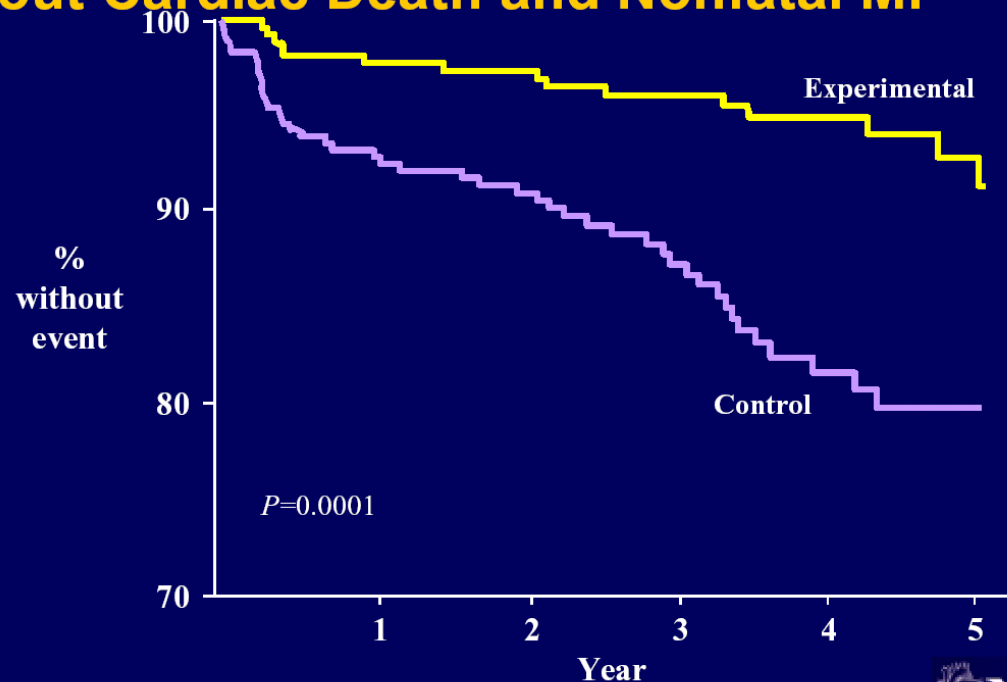
Dieta e mortalidade cardiovascular

Fig. 8. Mortality from coronary heart disease in relation to fruit and vegetable supply in selected European countries

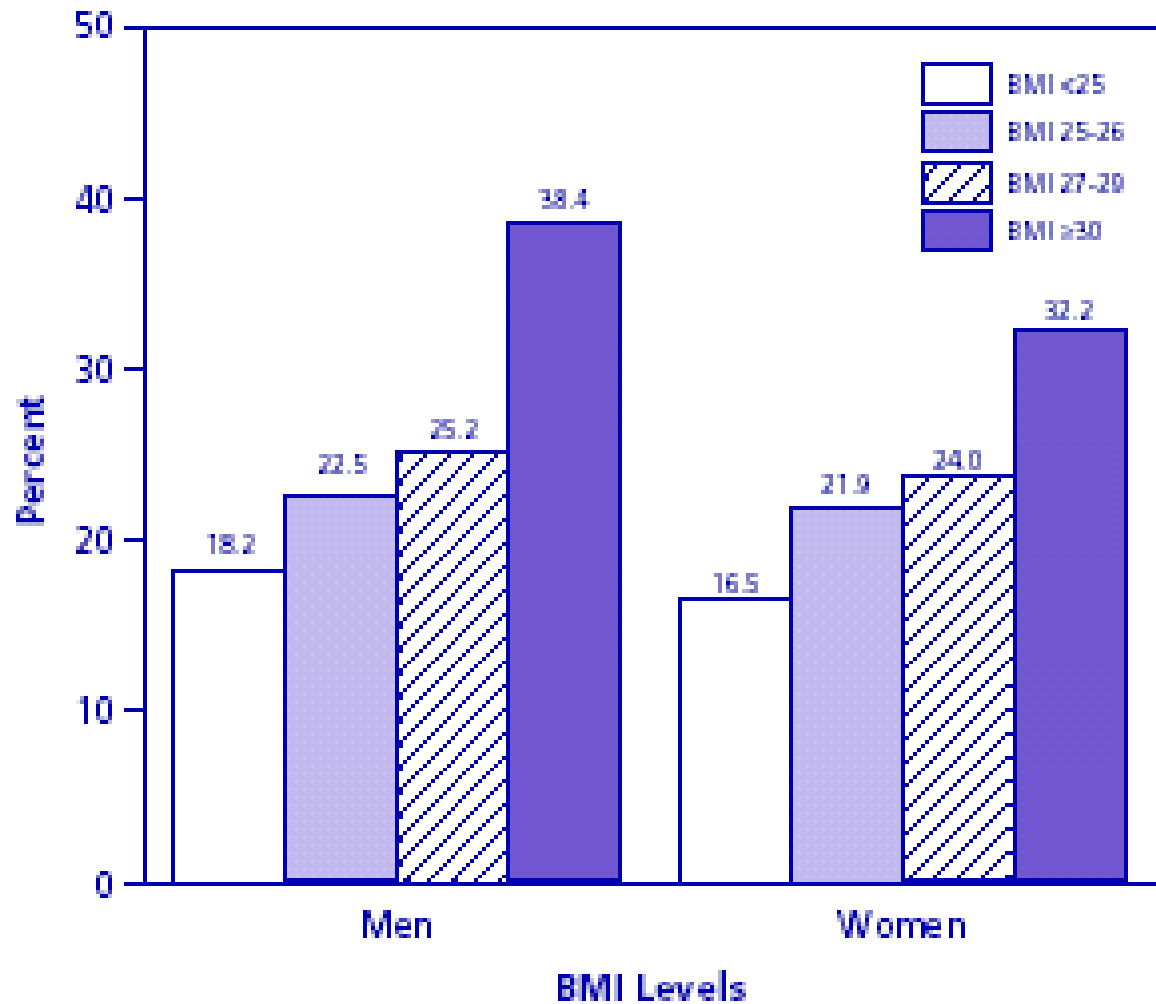


Evento cardiovascular e Dieta

Lyon Diet Heart Study: Cumulative Survival Without Cardiac Death and Nonfatal MI

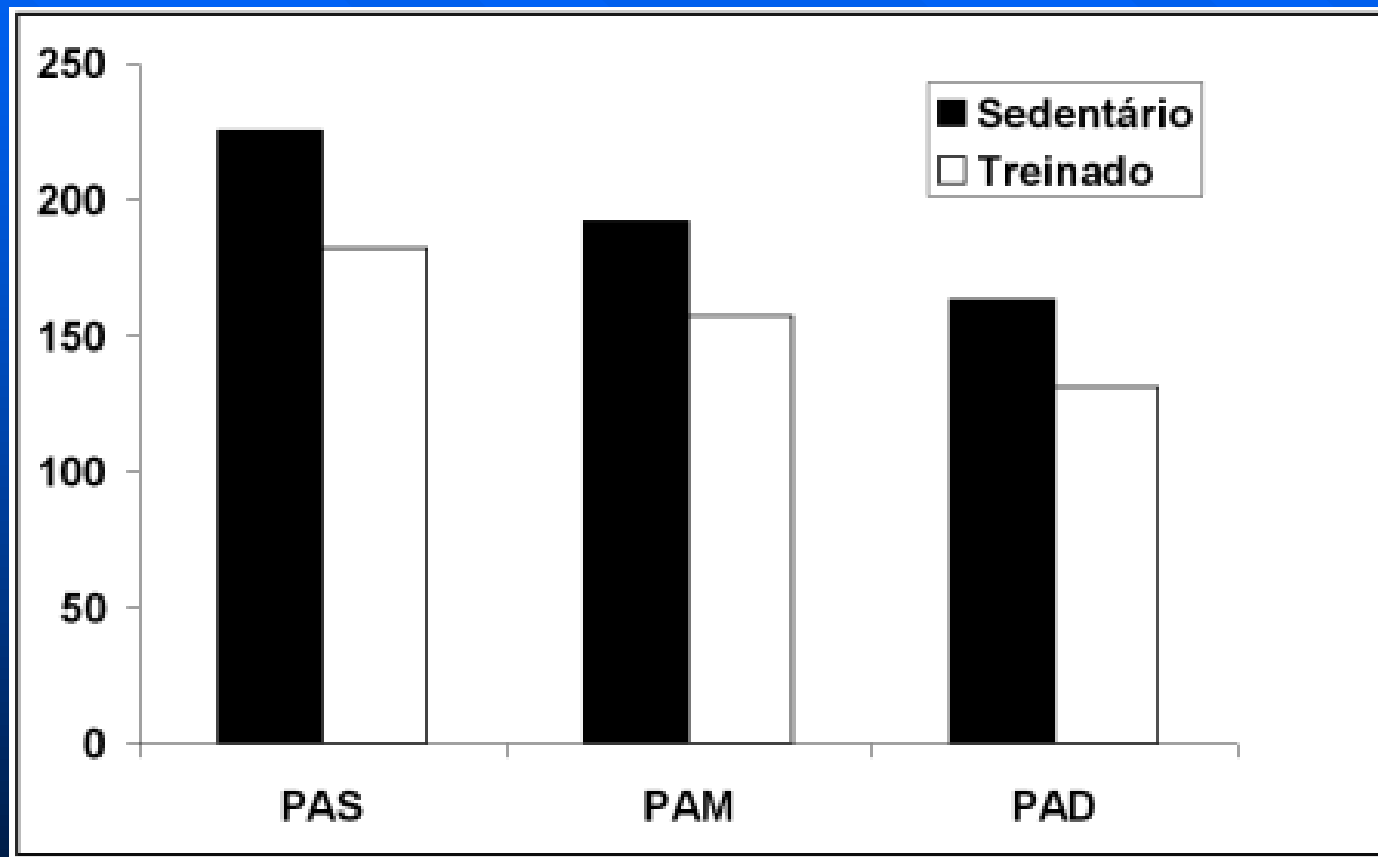


HAS X Obesidade



NHANES III Age-Adjusted Prevalence of Hypertension
According to Body Mass Index

HAS e atividade física



Causas principais de hipertensão secundária

Doenças renais

- Estenose da artéria renal
- Pielonefrite
- Glomerulonefrite
- Tumores renais
- Doença poliquística renal (geralmente hereditária)
- Lesões do rim
- Radioterapia que afecta o rim

Perturbações hormonais

- Hiperaldosteronismo
- Síndrome de Cushing
- Feocromocitoma

Fármacos

- Anticoncepcionais orais
- Corticosteróides
- Ciclosporina
- Eritropoietina
- Cocaína
- Abuso de álcool
- Alcaçuz (em quantidades excessivas)

Outras causas

- Coarctação da aorta
- Gravidez complicada por pré-eclampsia
- Porfíria intermitente aguda
- Intoxicação aguda por chumbo

Indícios de hipertensão secundária.

- Início da HAS antes dos 30 ou após os 50 anos
- HAS grave (estágio 3) e/ou resistente à terapia
- Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia em crises
- Medicamentos e drogas (álcool, estrógenos >50µg/dia), AINE, corticoides, descongestionantes nasais, anorexígenos, cocaína, antidepressivos tricíclicos e IMAO)
- Doenças que cursam com HAS: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing
- Apnéia do sono
- Presença de massas ou sopros abdominais ou lombar
- ↓ da amplitude ou retardo do pulso femoral
- ↑ da creatinina sérica. Duplicação dos níveis após início de IECA
- Hipopotassemia espontânea (< 3,0 mEq/l)
- Exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria)

Objetivos da investigação clínico-laboratorial

Confirmar a elevação da pressão arterial

Avaliar lesões de órgãos-alvo

Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares

Diagnosticar a etiologia da hipertensão arterial

Avaliação laboratorial básica

- Exame de urina: bioquímica e sedimento
- **Creatinina:** $C_{cr} \text{ ml/in} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85, \text{ se mulher})}{72 * Cr \text{ sérica (mg/dl)}}$
- Potássio
- Glicemia
- Colesterol total
- Eletrocardiograma de repouso
- Avaliação complementar

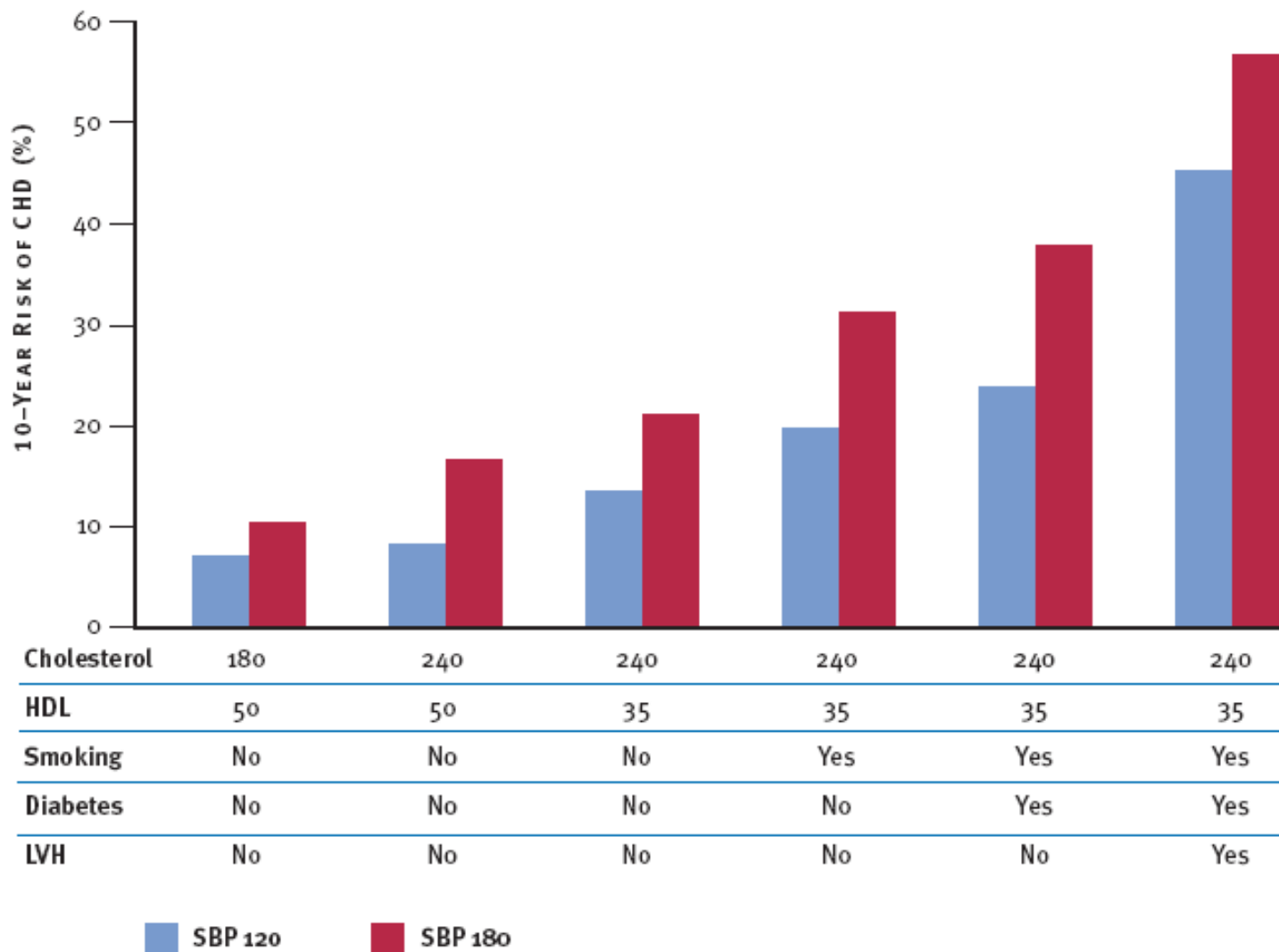
Avaliação laboratorial complementar.

- **Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)**
- **Ecocardiograma e Teste de esforço (paciente com risco coronariano)**
- **Radiografia de tórax**
- **Laboratório: HDL-colesterol, Triglicerídeos, Ácido úrico, Proteinúria de 24 horas, Hto e Hg, Cálcio, TSH, T4 livre, ou outros se necessários.**

Quando tratar

Associação de risco e HAS e risco global

Figure 12. Ten-year risk for coronary heart disease by systolic blood pressure and presence of other risk factors



Quando tratar VII Joint

	Risco A Sem FR	Risco B ≥1 FR sem Dm ou lesao orgao alvo	Risco C DM ou lesao orgao alvo
130 – 139 / 85 – 89 (limitrofe)	Modificaç ão estilo de vida	Modificação estilo de vida (MEV)	MEV ou TM se IRC, DM.
140 – 159 / 90 – 99 (estagio1)	MEV (até 12m)	MEV(até 6m); TM se muitos FR	TM
≥ 160 / ≥ 100 (estagio 2 e 3)	TM (tto medicamentoso)	TM	TM

Fatores de risco cardiovasculares maiores:

- Tabagismo;
- Dislipidemias;
- Diabetes Melito;
- Idade acima de 60 anos.
- História familiar de doença cardiovascular em: Mulheres com menos de 65 anos; Homens com menos de 55 anos.

Lesões em órgão alvo

- Doenças cardíacas: Hipertrofia do ventrículo esquerdo; Angina do peito ou iam previo, RVM previa, IC
- Episódio isquêmico ou AVC;
- Nefropatia
- Doença vascular arterial de extremidades;
- Retinopatia hipertensiva.

Tabela de risco para homens

Idade (anos)	Colesterol Total (mg/dL)						HDL- colesterol												
	Pontos por faixa etária (anos)																		
		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	< 40 = 2												
20 - 34 = -9	< 160	0	0	0	0	0	40 - 49 = 1												
35 - 39 = -4	160 - 199	4	3	2	1	0	50 - 59 = 0												
40 - 44 = 1	200 - 239	7	5	3	1	0	> 60 = -1												
45 - 49 = 3	240 - 279	9	6	4	2	1													
50 - 54 = 6	> 280	11	8	5	3	1													
55 - 59 = 8																			
60 - 64 = 10																			
65 - 69 = 11																			
70 - 74 = 12																			
75 - 79 = 13																			
	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)					Tabagismo			Diabetes										
		Sem TTO			Com TTO	idade	Não	Sim											
	< 120	0			0	20-39	0	8	Não = 0										
	120-129	0			1	40-49	0	5	Sim = 2										
	130-139	1			2	50-59	0	3											
	140-159	1			2	60-69	0	1											
	> 160	2			3	70-79	0	1											
Total de pontos	<-0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	≥17
Risco de DAC em 10 anos (%)	<1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	10	12	13	20	25	≥30

Tabela de risco

MULHER

Idade (anos)	Colesterol Total (mg/dL)							HDL-Colesterol									
	Pontos por faixa etária (anos)																
		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79											
20 - 34 = -7	< 160	0	0	0	0	0	< 40 = 2										
35 - 39 = -3	160 - 199	4	3	2	1	1	40 - 49 = 1										
40 - 44 = 0	200 - 239	8	6	4	2	1	50 - 59 = 0										
45 - 49 = 3	240 - 279	11	8	5	3	2	> 60 = -1										
50 - 54 = 6	> 280	13	10	7	4	2											
55 - 59 = 8																	
60 - 64 = 10	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)					Tabagismo			Diabetes								
65 - 69 = 12	Pontos		Sem TTO		Com TTO		idade	Não	Sim								
70 - 74 = 14	< 120		0		0		20-39	0	9	Não = 0							
75 - 79 = 16	120-129		1		3		40-49	0	7	Sim = 4							
	130-139		2		4		50-59	0	4								
	140-159		3		5		60-69	0	2								
	> 160		4		6		70-79	0	1								
Total de pontos	<9	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22	23	24	≥25
Risco de DAC em 10 anos (%)	<1	1	1	1	1	2	2	4	5	6	8	11	14	17	22	27	≥30

The background features a dark blue gradient that transitions from a lighter shade at the top to a darker shade at the bottom. Overlaid on this gradient are several parallel, diagonal stripes in a slightly lighter shade of blue, running from the top-left towards the bottom-right.

Tratamento

Modificação dos hábitos de Vida

Modificação	Recomendação	Diminuição PAS
Perda de peso	IMC 18,5 –24,9 Kg/m ²	5-20 mmHg/10kg
Dieta DASH	Rica em frutas e vegetais; baixa ingestão de gorduras total e saturada	8-14mmHg
Redução de sal	6g de NaCl	2-8 mmHg
Atividade física	Exercício físico regular aeróbico (30 min no mínimo 3Xsemana)	4-9mmHg
Moderação de uso de álcool	Duas doses de bebida dia	2-4mmHg

Modificações do estilo de vida

a) Controle do peso (5-20mmHg cada 10Kg reduzido)

Dieta hipocalórica balanceada, associada ao aumento da atividade física diária e à prática regular de exercícios aeróbios. O uso de anorexígenos não é aconselhável, pelo risco de complicações cardiovasculares.

b) Redução da ingestão de sódio (redução de 2-8mmHg)

Limitar ao máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio. Esse total deve incluir o sódio contido nos alimentos naturais e manufaturados.

c) Aumento da ingestão de potássio (reduz 8-14 mmHg)

Ingestão diária de potássio fique entre 2 g e 4 g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos.

d) Redução ou abandono da ingestão de álcool (reduz 2-4mmHg)

e) Prática de exercícios físicos (4-9mmHg)

Exercícios físicos aeróbios, 30 a 45 minutos/d, 3 ou mais vezes por semana.

f) Suplemento de cálcio e magnésio

A suplementação dietética ou farmacológica ainda não tem embasamento científico.

g) Suspensão do Tabagismo

h) Correção das Dislipidemias

Hipercolesterolemia: Colesterol total sérico deve ser mantido **abaixo de 200 mg/dl, LDL-colesterol < 130 mg/dl.**

HDL-colesterol baixo (**inferior a 35 mg/dl**) pode responder à redução do peso, exercícios físicos e à suspensão do fumo.

Tratamento inicial: dieta fase I da "AHA" (menos de 30% das calorias em gordura, com menos de 10% de gorduras saturadas, menos de 10% de gorduras polinsaturadas e o restante em gorduras monoinsaturadas, além de menos de 300 mg de colesterol por dia)

Pacientes de maior risco ou não-responsivos à dieta fase I, recomenda-se a dieta fase II (menos de 7% de gorduras saturadas e menos de 200 mg de colesterol por dia), Considera o uso de estatinas.

Hipertrigliceridemia: **triglicerídeos \geq 200 mg/dl deve ser tratada** com as medidas dietéticas referidas anteriormente, redução da ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos

Diuréticos

Depleção de volume e redução da resistência vascular periférica

Preferência aos diuréticos tiazídicos e similares.

Diuréticos de alça usado na ICC ou IRC.

Poupadores de potássio pequena potência diurética, associados a tiazídicos e furosemida previnem a hipopotassemia. Não usar na IRC

Tiazídicos não são eficazes com creatinina > a 2,5 mg/dl **NÃO USAR NA GOTA**

Reações indesejáveis: em geral relacionado à dose:

- ⊖ hipopotassemia,
- ⊖ hipomagnesemia (que pode induzir arritmias ventriculares),
- ⊖ hiperuricemia.
- ⊖ Intolerância à glicose, aumento dos níveis séricos de triglicerídeos (depende da dose, transitório e de importância ainda não comprovada).

Tiazídicos

- ⇒ Melhor droga para HAS - ALLHAT, além de inúmeros outros, inclusive quase todas as meta-análises realizadas sobre HAS;
- ⇒ Droga mais conhecida e testada entre todas as outras
 - Mais potente, eficácia igual e, principalmente em descendentes de africanos, melhor que as outras drogas;
 - Pode ser utilizado com grande eficácia com todos os outros anti-hipertensivos;
 - Apresenta ação sinérgica com outras drogas;
 - Melhor adesão por ser dose única diária;
 - Baixo nível de eventos adversos;
 - Drogas de escolha em idosos, obesos e até mesmo diabéticos;
 - Uma das drogas mais baratas disponível atualmente.

Beta-bloqueadores

Segunda droga mais testada;

- Eficaz no controle da PA;
- Apresentam efeito além da ação anti-hipertensiva: anti-anginoso, ação sobre a ICC (metoprolol, Bisoprolol e carvedilol), previne enxaqueca e melhora tremores sendo de escolha nos pacientes HAS e que apresentem as duas primeiras condições acima;
- Pode e deve ser usado em diabéticos e Insuf. Renal.
- **Não é muito eficaz em idosos;**
- Aumenta a incidência de diabetes;
- Ação de piora sobre o peso
- Aumenta triglicerídeos e piora controle glicêmico.

Betabloqueadores

↓ do débito cardíaco (ação inicial), ↓ da renina, readaptação dos barorreceptores e ↓ das catecolaminas nas sinapses nervosas

Eficazes como monoterapia e ↓ morbimortalidade por DCV

Primeira opção na HAS associada a doença coronariana, arritmias cardíacas e cefaléia de origem vascular (enxaqueca).

Reações indesejáveis:

✍ Broncoespasmo, bradicardia excessiva (inferior a 50 bat/min), distúrbios da condução AV, depressão miocárdica, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual

✍ Intolerância à glicose, hipertrigliceridemia e redução do HDL-colesterol
→ a importância destas alterações ainda não está comprovada.

✍ A suspensão brusca pode provocar hiperatividade simpática.

São contra-indicados em pacientes com asma, DPOC e BAV de 2º e 3º graus e doença arterial obstrutiva periférica.

IECAs

Nunca se mostrou mais eficaz ou efetivo que os diuréticos ou β -bloqueadores nas situações de pacientes hipertensos de alto risco (ALLHAT), mesmo nos diabéticos (UKPDS – Atenolol X Captopril), (CAPP - Captopril X Diurético/ β -bloqueador).

- Eficaz no controle da PA;
- Grande contestação sobre efeito além da ação anti-hipertensiva em relação a aterosclerose (colocado pelo HOPE).
- Ação sobre ICC e disfunção sistólica do VE (droga de eleição):
- Não é muito eficaz em idosos;
- Contraindicado para gestante ou mulher sob risco de gestação e estenose de artéria renal, insuf. renal avançada

IECAs

Bloqueio da transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos

Eficazes como monoterapia

Reduz a morbi mortalidade em casos com ICC e/ou IAM

Nefroproteção na nefropatia diabética e de outras etiologias.

Efeitos indesejáveis:

- Tosse seca, alteração do paladar e reações de hipersensibilidade (erupção cutânea, edema angioneurótico).
- **Contra-indicado na gravidez por causar malformações**
- Na hipertensão renovascular bilateral ou rim único podem reduzir a filtração glomerular e aumentar escórias.
- Aumento da creatinina em pacientes com função renal reduzida. A longo prazo o efeito é nefroprotetor.
- Diurético potencializam a ação anti-hipertensiva

Antagonista de canais de cálcio

- Nunca se mostrou mais eficaz ou efetivo que os diuréticos ou β -bloqueadores nas situações de pacientes de alto risco (ALLHAT), mesmo nos diabéticos.
- Eficaz no controle da PA;
- Grande contestação sobre efeito além da ação anti-hipertensiva, a não ser ação sobre melhora da dor anginosa, mas sem aumento de sobrevida;
- Segunda melhor droga para se usar em idoso (perde para os diuréticos);
- Piora da ICC ou aumento de novos casos em vários trabalhos (ALLHAT) e meta-análises;
- Melhora da filtração glomerular, mas aceleração da disfunção renal (Amlodipina)

Antagonistas do receptor da angiotensina II

Ação: antagonismo da ação da angiotensina II por bloqueio específico dos receptores AT-1; EX: o Losartam e o Valsartam

- Eficazes como monoterapia
- Um estudo (ELITE), mostraram-se eficazes na redução da morbimortalidade em idosos com ICC.
- Bom perfil de tolerabilidade; Efeitos colaterais relatados são tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea ("rash").

Não usar na gravidez

Antagonistas dos canais de cálcio

Reduz a resistência vascular periférica

- Subgrupos: fenilalquilaminas (verapamil), benzotiazepinas (diltiazem), diidropiridinas (nifedipina, isradipina, nitrendipina, felodipina, anlodipina, nisoldipina, lacidipina)
- Eficazes como monoterapia
- **Não usar ACC de curta ação** acarretam estimulação simpática reflexa

Efeitos adversos:

- Cefaléia, tontura, rubor facial (mais freqüentes com diidropiridínicos de curta ação) e edema periférico.
- Mais raramente hipertrofia gengival.
- Verapamil e diltiazem podem provocar depressão miocárdica e BAV
- Obstipação intestinal é observada principalmente com verapamil

HIPERTENSÃO NA GESTANTE

PA > 140/90 mmHg, em 2 aferições, com intervalo mínimo de 4 horas.

PAD > 110 mmHg, confirmada após 1 hora → forma grave de hipertensão.

Medir com a paciente sentada

Duas formas principais HAS podem complicar a gravidez:

HA crônica: anterior à gravidez ou diagnosticada até a 20^a sem ou evidências de HAS anterior

A presença de HAS crônica aumenta o risco de pré-eclâmpsia sobreposta

OMS recomenda tratamento quando a PAD > 95 mmHg

HA induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia/eclâmpsia):

Início após a 20^a semana sendo mais freqüente próximo ao termo

Desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria, reversíveis após a gravidez

Presença de convulsão define eclâmpsia

Dor epigástrica no 3o trimestre requer a exclusão de formas graves de pré-eclâmpsia com envolvimento hepático.

Diante do diagnóstico presuntivo de pré-eclâmpsia, a internação hospitalar é obrigatória

Drogas recomendadas na gravidez: Alfa metildopa, caso não seja bem tolerada, usar betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio e/ou diuréticos em baixas doses

Qual a conduta mais adequada?

Homem negro, 70 anos, com PA 150x100 na 1ª consulta, queixando-se de claudicação intermitente

Mulher, 45 anos, hipertensa há 2 anos em uso de Enalapril, com atraso menstrual de 3 semanas

Homem, 55 anos, com angina estável há 2 anos, PA 180x110 na visita domiciliar

Mulher, 65 anos, com diagnóstico recente de HAS estágio 2, com proteinúria e clearance estimado de 45ml/h queixando-se de dispnéia aos esforços

Mulher 48a, hipertensa, com crises frequentes de enxaqueca

Mulher, 68 anos, com seqüela de AVE, hipertensão estágio 1

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares

☐ Doenças cardíacas:

✎ hipertrofia ventricular esquerda;

✎ angina ou infarto prévio do miocárdio;

✎ revascularização miocárdica prévia;

✎ insuficiência cardíaca.

☐ Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico

☐ Nefropatia — Insuficiência renal crônica

☐ Doença vascular arterial periférica

☐ Retinopatia hipertensiva

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Objetivos Terapêuticos

1- Redução do risco de eventos cardiovasculares futuros nos pacientes

2- Metas:

- PA < 140 x90mmHg nas avaliações do consultório,
- PA < 135x85 mmHg nas avaliações domiciliares
- PA < 130x80 mmHg nos **diabéticos e em portadores de ICC ou IRC**
- Nos casos em que estas metas não forem alcançadas o controle parcial também confere algum benefício ao paciente.

Resposta terapêutica

- Relacionada às propostas de mudanças de estilo de vida deve aguardar de 6 a 12 meses para ser avaliada.
- Medicamentosa deve ser considerada de 1 a 3 meses do uso das drogas, excluindo-se a presença de efeitos colaterais

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Classificação diagnóstica da HAS (adultos com mais de 18 anos de idade).

PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
> 110	> 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	> 140	Hipertensão sistólica isolada