Hipertensão

# Introdução

A Hipertensão Arterial é uma patologia comum, sendo que na maioria dos utentes a correcta avaliação da pressão arterial, história clínica direccionada e exame objectivo complementado com alguns exames básicos é suficiente.

# População Alvo

Utentes com o diagnóstico de Hipertensão Arterial inscritos na USF Tempo de Cuidar.

# Gestores

Drª Martina Husgen; Enfª Sandra Silva; SC Gabriela Barbosa

# ProcedimentoS

## Secretário Clínico

Agendar as consultas no período destinado para Hipertensão Arterial / Risco Cardiovascular para o respetivo médico de família e enfermeiro de família;

Proceder à ativação da consulta aquando da chegada do utente;

Verificar as faltas para proceder à convocação dos utentes faltosos;

Convocar as utentes sempre que o médico/enfermeiro considere necessário.

## Enfermeiro

Efetuar registos de enfermagem na aplicação informática SClinico (segundo a classificação CIPE).

Colheita de dados para preenchimento da avaliação inicial;

Monitorizar tensão arterial (TA), peso, índice de massa corporal (IMC) e perímetro abdominal;

Supervisionar a adesão à vacinação;

Informar sobre o rastreio oncológico, verificar se está atualizado, segundo as normas da Direcção-Geral da Saúde (DGS);

Identificar os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções do tipo informar, ensinar, orientar, treinar e instruir segundo a classificação CIPE, consoante a necessidade da/o utente;

Planear próxima consulta em articulação com MF

## Médico

Registos no SClinico através do programa de Hipertensao;

Referir se é ou não vigiado na USF;

Colher dados para elaborar a história clínica;

Realizar exame físico dirigido;

Realizar consultas de vigilância (adesão à terapêutica e mudanças de estilos de vida, detetar possíveis complicações ou efeitos adversos da mesma);

Planear consultas de seguimento em articulação com EF.

# Plano de Cuidados

Na situação do utente controlado preconiza-se avaliação semestral médica e de enfermagem que, poderão ocorrer ou não em simultâneo, de acordo com o plano individual de cuidados estabelecido para cada utente. Este plano é actualizado em cada contacto com o utente, de acordo com a opinião da equipa de cuidados, optimizando-se o contacto do utente com a unidade.

# Avaliação da Tensão Arterial

A técnica adequada é importante na avaliação da PA: a tensão arterial deve ser avaliada com o indivíduo sentado, em ambiente calmo, homeotérmico, sem poluição sonora ou luminosa e sem ingestão ou inalação de produtos excitantes (bebidas com cafeína, álcool, tabaco, etc.) no período imediatamente antecedente (15-30 minutos). Deve ser efectuada acima da região do sangradouro com aparelho aferido, usando uma braçadeira em que a câmara insuflável ocupe entre metade e 80% do diâmetro do braço. Determinações em decúbito (após três ou mais minutos) e de pé (no primeiro minuto após o ortostatismo) são por vezes necessárias particularmente nos idosos, diabéticos e sempre se suspeite de disautonomia. É ainda necessária a realização de duas avaliações separadas por alguns minutos, pelo menos na primeira abordagem e complementadas por nova avaliação em 2 a 4 semanas.

Os valores da tensão arterial devem ser flexíveis com a finalidade de calcular o risco, visto que não apenas mudam dia a dia como, além disso, a avaliação final depende em grande medida dos factores de risco concomitantes.

# Classificação

TA óptima (< 120/80 mm Hg, não há evidências de redução de risco abaixo desses níveis)

TA normal (TA 120-130/80-85 mm Hg)

TA normal alta (130-140/85-90 mm Hg, já existe aumento do risco, sobretudo se há factores acompanhantes, tal como Diabetes).

HTA> 140/90 mm Hg em 3 diferentes graus: 1-2-3

HTA sistólica também se classifica em graus 1-2-3 de acordo com os valores sistólicos obtidos, nestes casos sempre com PAD <90 mm Hg

## Pré-Hipertensão

Há 3 motivos principais para não se usar o termo pré-hipertensão utilizado pelos peritos americanos:

Os doentes com TA normal têm uma progressão diferente (menor) no sentido de HTA da dos indivíduos com TA normal alta.

O termo pré-hipertensão cria ansiedade e visitas médicas injustificadas.

Em pré-hipertensão situar-se-iam os indivíduos sem necessidade de tratamento (idosos) com TA normias sem outros factores de risco, juntamente com outros (diabéticos) que com uma TA semelhante necessitam, de facto, de tratamento, ou seja, a pré-hipertensão pode abarcar indivíduos com um nível de risco muito diferente.

# Avaliação do utente Hipertenso

A avaliação do utente hipertenso deverá responder às seguintes questões:

O utente apresenta uma elevação sustentada da PA?

É importante o correcto diagnóstico, já que esta é uma patologia com repercussões importantes na vida do utente. É portanto fundamental a avaliação correcta da PA, sendo que factores como não ter o utente sentado por 5 minutos previamente à avaliação, braço mal apoiado, cuff de dimensões inadequadas ou deflacção demasiado rápida do cuff (no caso dos esfigmomanómetros aneróides) tende a elevar falsamente as leituras obtidas. Lembrar ainda que usualmente a medição efectuada no braço direito tende a ser mais elevada do que no braço esquerdo, devendo portanto ser utilizado preferencialmente o primeiro.

Se sim, esta elevação é primária ou secundária?

A maioria dos utentes hipertensos apresenta HTA primária e provavelmente sê-lo-ão toda a vida. Porém, alguns utentes apresentam HTA secundária, por vezes com causa tratável ou por patologia que pode ser controlada. O início súbito de HTA num utente previamente normotenso levanta a suspeita clínica de HTA secundária bem como a HTA de início precoce (<25 anos) ou tardio (>55 anos), na ausência de antecedentes familiares relevantes. O súbito descontrolo de HTA previamente bem controlada, a HTA resistente ou o aparecimento de queixas específicas pode também sugerir uma etiologia secundária.

O utente apresenta outros factores de risco cardiovascular?

A relação entre a PA e o risco cardiovascular é linear, contínuo e independente (embora adicionando-se) a outros factores de risco. Lembrar que no utente hipertenso não estamos a tratar a Hipertensão isoladamente mas sim o risco cardiovascular.

O utente apresenta evidência de lesão de órgãos-alvo?

A detecção de lesões de órgão-alvo é crucial visto que a sua detecção altera os objectivos do tratamento; deixamos de considerar prevenção primária para tratar de acordo com prevenção secundária.

# Cálculo do risco Cardiovascular

O risco depende dos níveis de TA e também da presença ou ausência de outros factores de risco, tais como doença oculta e doença cardiovascular concomitante, Diabetes mellitus, síndrome metabólico e doença renal.

Em todas as normas de orientação clínica nacionais e europeias o cálculo do risco, para além da história familiar e os estilos de vida, têm em conta a síndrome metabólica como uma situação particular de elevado risco cardiovascular e as doenças subclínicas.

São considerados para cálculo do risco clínico:

**Factores não modificáveis**:

Idade;

Hereditariedade;

Sexo;

**Factores modificáveis**:

Uso de anticoncepcionais;

Hábitos sociais:

Tabaco;

Álcool;

Sal.

Padrões alimentares e aspectos físicos:

Sedentarismo;

Obesidade;

Hábitos alimentares (nº de refeições);

Qualidade das refeições.

Devem-se investigar as doenças subclínica que elevam significativamente o risco CV. Ter em atenção:

Hipertrofia ventricular esquerda;

Aumento da Espessura da Íntima Média – Intima-Media Thickness (IMT) carotídea ou placas;

Velocidade da onda do pulso carotídeo/femoral >12m/s;

Microalbuminúria;

Relação TA tornozelo /braço <0,9;

Ligeiro aumento da creatinina >1,5mg% em homens e >1,4mg% em mulheres, ou depuração da creatinina <60mL/min.

# Avaliação clínica inicial do utente Hipertenso

Identificação dos factores de risco;

Pesquisa de causas identificáveis de Hipertensão Arterial;

Avaliação de lesão dos órgãos-alvo e doenças associadas;

Colheita de história clínica e realização de exame físico;

Testes laboratoriais: urina tipo II (incluir sedimento), hemoglobina, hematócrito, glicemia, perfil lipídico, sódio, potássio, ácido úrico e creatinina, calcemia.(Opcional: relação albumina/creatinina na primeira urina matinal);

Electrocardiograma.

## Identificação de factores de risco major cardiovasculares (CV)

Hipertensão;

Sedentarismo;

Obesidade:

(Índice massa corporal > 30 kg/m 2 );

(Perímetro abdominal > 102 cm H,> 88 cm M);

Diabetes mellitus;

Dislipidemia;

Idade (> 55 anos H, > 65 anos M);

Taxa de Filtração Glomerular: (TFG) estimada < 60 ml/min;

História familiar de doença CV prematura (< 55 anos H, < 65 anos M);

Hábitos tabágicos.

## Identificação de marcadores de lesão dos órgãos-alvo

Hipertrofia ventricular esquerda;

Aumento da espessura parede arterial;

Taxa de Filtração Glomerular: (TFG) estimada 60 ml/min;

Micro ou macroalbuminúria;

Aumento da rigidez aórtica.

## Identificação de doenças associadas

Doença cerebrovascular (isquémica, hemorrágica, AIT);

Doença cardíaca (enfarte miocárdio, angor pectoris, revascularização coronária, insuficiência cardíaca);

Doença renal, incluindo proteinúria > 300mg/24 h;

Doença vascular periférica;

Retinopatia grave.

## Causas identificáveis de hipertensão

Apneia do sono;

Induzida por fármacos;

Doença renal crónica;

Hipertensão renovascular;

Coarctação da aorta;

Síndrome de Cushing ou terapêutica esteróide;

Feocromocitoma;

Hiperaldosteronismo primário;

Doença tiroideia e paratiroideia.

## Critérios para investigação de HTA secundária

Objectivos terapêuticos difíceis de atingir (com pelo menos 3 classes de fármacos anti hipertensores);

Início antes dos 30 anos;

Pressão arterial a subir rapidamente em pessoas idosas;

Pressão arterial sistólica superior a 220 mmHg ou pressão arterial diastólica superior a 120 mmHg;

Quando na avaliação inicial analítica se detecta:

Hipocaliémia

Hipercreatininémia

Proteinúria

Hematúria

# Critérios de referenciação hospitalar

Suspeita ou diagnóstico de HTA secundária;

Emergência hipertensiva (ver NOC USF Dafundo 0037);

Recomendações de início de terapêutica farmacológica

Se, após duas medições repetidas, a PAS ≥ 160 mmHg ou a PAD ≥ 100 mmHg.

Se, após várias medições repetidas, a PAS ≥ 140 mmHg ou a PAD ≥ 90 mmHg (em doentes com diabetes, sinais de lesão de órgão alvo, doença renal ou doença cardíaca clinicamente significativa ou em doentes sem factores de risco acrescido em cujas modificações dos estilos de vida aplicadas durante vários meses não conduziram à normalização da PA).

# Objectivos terapêuticos

As metas não são apenas tensionais e o objectivo é o de reduzir a morbilidade e a mortalidade cardiovascular.

Metas:

Reduzir a TA para valores < 140/90 mHg;

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

Controlar precocemente a TA antes de se desenvolverem lesões cardiovasculares.

A tabela abaixo sumariza as principais recomendações na abordagem terapêutica do utente hipertenso

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Outros factores de risco ou lesão do órgão | Normal  PAS 120-129  ou  PAD 80-84 | Normal alta  PAS 130-139  ou  PAD 85-90 | Grau 1  PAS 140-150  ou  PAD 80-89 | Grau 2  PAS 160-170  ou  PAD 100-109 | Grau 3  PAS >180  ou  PAD >= 110 |
| Sem outros factores de risco | Sem intervenção para TA | Sem intervenção para TA | Mudança de estilo de vida durante vários meses, depois tratamento, com drogas se TA não controlada. | Mudança de estilo de vida durante vários meses, depois tratamento, com drogas se TA não controlada | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas |
| 1-2 factores de risco | Mudança de estilo de vida | Mudança de estilo de vida | Mudança de estilo de vida durante vários meses, depois tratamento, com drogas se TA não controlada | Mudança de estilo de vida durante vários meses, depois tratamento, com drogas se TA não controlada | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas |
| 3 ou mais factores de risco, SM, lesão do órgão ou diabéticos | Mudança de estilo de vida | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas |
| Diabetes | Mudança de estilo de vida | Mudança de estilo de vida + tratamento com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas |
| Doença CV estabelecida ou doença renal | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas | Mudança de estilo de vida + tratamento imediato com drogas |

Mudanças no estilo de vida

As mudanças devem ser implementadas em todos os doentes hipertensos e os objectivos são:

Diminuir a TA

Reduzir outros factores de risco

Reduzir as doses de fármacos

As medidas não farmacológicas que demonstram eficácia para diminuir a TA ou o risco CV são:

Deixar de fumar

Redução e estabilização do peso corporal;

Redução do consumo exagerado de álcool;

Exercício físico;

Redução do consumo de sal;

Aumentar o consumo de frutas e de verduras e reduzir as gorduras saturadas.

Tratamento farmacológico

Regras gerais

Os benefícios devem-se, fundamentalmente, à diminuição tensional per se;

Em geral são necessárias combinações farmacológicas para atingir as metas tensionais desejáveis, a selecção do fármaco para começar o tratamento pode considerar-se pouco útil;

Para se iniciar o tratamento antihipertensor e fazer o seguimento da terapêutica são elegíveis 5 tipos de fármacos, isolados ou em combinação:

Tiazidas;

Antagonistas do Cálcio;

IECA;

ARA-II; e

ß- bloqueantes.

Notas:

Os ß-bloqueantes, sobretudo em combinação com as tiazidas, não se devem usar em doentes com SM ou com elevado risco de desenvolver DM;

Investigar ou ter presentes os efeitos adversos das drogas visto serem a principal causa de abandono da terapêutica;

Dar-se preferência aos fármacos de acção prolongada que façam a cobertura das 24 horas com uma única dose para prevenir a perigosa subida matinal da TA e para proteger sem picos lesivos devido ao esquecimento de uma dose;

Muito importante ter em conta as anteriores experiências com fármacos em cada doente;

Escolher os fármacos que melhor impacto provoquem sobre o risco global do doente e não apenas sobre a TA;

Ter em conta as interacções medicamentosas (ex.: os AINE diminuem os efeitos dos IECA, ARA-II e diuréticos) sobretudo nos idosos polimedicados;

Considerar o custo preferindo sempre que possível a instituição de um fármaco genérico

## Combinações de Fármacos anti-hipertensores

A maioria dos hipertensos não consegue alcançar o sucesso terapêutico desejado em monoterapia e necessita de combinações farmacológicas;

A terapia inicial pode ser em monoterapia ou em associações de fármacos em doses baixas e quando não se alcança o efeito terapêutico desejado a dose deve ser aumentada. Também se pode iniciar o tratamento da HTA com uma combinação de fármacos em doses baixas que, em geral, deverão ter coerência farmacocinética e mecanismos complementares e, se possível, atenuar os efeitos adversos de outro fármaco;

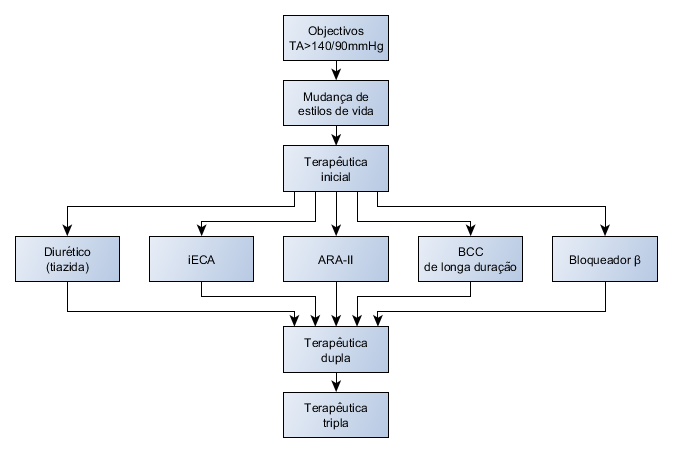
As combinações fixas de fármacos favorecem a adesão ao tratamento;

Por vezes é necessário a combinação de 3 ou 4 fármacos para atingir as metas tensionais;

A prescrição das doses deve ser mais lenta em hipertensos não complicados e em idosos. Em hipertensos de elevado risco deve-se chegar às metas mais depressa, pelo que nesses doentes se recomenda o início da terapêutica com associações de fármacos;

A monoterapia inicial pode ser uma boa opção em hipertensos ligeiros e com risco CV baixo ou moderado;

As associações de fármacos devem ser preferidas logo desde o início em hipertensos nos graus 2 e 3, ou em doentes com risco elevado ou muito elevado.



Recomendações de escolha de grupos farmacológicos de antihipertensores

O quadro seguinte resume as principais recomendações de classes farmacológicas de anti hipertensores em função das patologias do doente:

|  |  |
| --- | --- |
| **Patologia** | **Opções iniciais de Terapêutica** |
| **ICC** | **TZD, BB, IECA, ARA II, antagonista da aldosterona** |
| **Pós-EAM** | **BB, IECA, antagonista da aldosterona** |
| **Alto risco de DCV** | **TZD, BB, IECA, Bloqueador CC** |
| **Diabetes** | **TZA, BB, IECA, ARA II, Bloqueador CC** |
| **Nefropatia crónica** | **IECA, ARA II** |
| **AVC recorrente** | **TZD, IECA** |

# Procedimentos

|  |  |
| --- | --- |
| Profissional | Tarefas |
| Secretário  Clínico | Recepção ao utente  Confirmação de dados administrativos: composição do agregado, isenção de TM’s, TM’s em dívida  Activação do contacto médico ou de enfermagem  Gestão das faltas: reconvocação dos utentes |
| Enfermeiro | Acolhimento do utente  Realização da avaliação dos dados biométricos, incluindo TA  Ensino sobre estilos de vida  Confirmar adesão à terapêutica  Confirmação do cumprimento do PNV  Verificar adesão aos programas de vigilância adequados à faixa etária; motivar para os mesmos.  Realizar ensinos sobre medidas higieno-dietéticas |
| Médico | Efectua exame clínico  Determinação do Risco Cardiovascular Global; registo do mesmo  Preencher adequadamente registo SOAP com os códigos ICPC-2. Registo em texto livre de dados clínicos relevantes  Reforça importância dos ensinos efectuados pela equipa de enfermagem  Completa registos informáticos já existentes  Aproveita todos os contactos para activar e actualizar dados dos vários programas de vigilância se indicados  Promove adesão aos programas de vigilância preconizados pela USF  Sugere a próxima consulta, deixando-a sempre agendada. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Periodicidade** | **Quem?** |
| **1. Subjectivo** | | |
| **Conhecimentos face à doença** | Sempre | **MF / EF** |
| **Hábitos tabágicos** | Sempre | **MF / EF** |
| **Questionar sinais e sintomas de complicações** | Sempre | **MF / EF** |
| **2. Objectivo** | | |
| **PA** | Semestral | **MF / EF** |
| **IMC** | Anual | **MF / EF** |
| **Auscultação cardíaca e vascular** | Anual | **MF** |
| **Pulsos arteriais** | Anual | **MF** |
| **Perímetro abdominal** | Anual | **MF / EF** |
| **Risco Cardiovascular** | Anual | **MF** |
| **3. Educação para saúde** | | |
| **Vigilância periódica** | Anual | **EF** |
| **Alimentação** | Sempre | **MF / EF** |
| **Actividade física** | Sempre | **MF / EF** |
| **Factores de risco evitáveis** | Sempre | **MF / EF** |
| **Informação sobre complicações** | Anual | **EF** |
| **Informação sobre auto‑monitorização** | Anual | **EF** |
| **4. MCDT’s** | | |
| **Glicemia jejum** | Anual | **MF** |
| **Creatininémia** | Anual | **MF** |
| **Microalbuminúria** | Anual | **MF** |
| **Perfil lípidico** | **Anual** | **MF** |
| **5. Outros Procedimentos** | | |
| **Negociação de objectivos** | Semestral | **MF / EF** |
| **Motivação para adesão ao plano terapêutico** | Sempre | **MF / EF** |
| **Vacinação** | **Anual** | **EF** |

# Fluxograma

