



Disciplina: **ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**
Curso: Enfermagem Geral

Tema: Hipertensão Arterial

Hipertensão Arterial

Hipertensão arterial

É a elevação crónica da pressão arterial para valores ≥ 140 mmhg da sistólica e/ou ≥ 90 mmhg da diastólica. É uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos o doente não tem sintomatologia (assintomático).

Factores de risco

- Idade avançada
- Tabagismo;
- Diabetes;
- Hipercolesterolemia;
- História familiar de HTA ou doenças cardiovasculares;
- Dieta rica sal;
- Sedentarismo
- Obesidade;
- Alcoolismo.

Os órgãos alvo da hipertensão arterial

- **O coração** – originando as cardiopatias hipertensivas.
- **O cérebro** – originando os acidentes vasculares cerebrais.
- **O rim** – originando a insuficiência renal.
- **Artérias periféricas** – originando aterosclerose e suas consequências por diminuição do fluxo sanguíneo.
- **Olhos** - originam uma retinopatia hipertensiva.

Classificação

- A hipertensão arterial pode ser classificada de diversas formas:

Quanto a causa:

- Hipertensão primária ou essencial
- Hipertensão secundária
- Existe uma forma de hipertensão que surge na gravidez, chamada de toxémia gravídica que leva ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia/eclâmpsia .

Quanto aos valores da pressão arterial

Classificação da tensão arterial	Tensão arterial sistólica, mmhg	Tensão arterial diastólica, mmhg
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120 – 139	80 – 89
Hipertensão estagio I	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estagio II	≥ 160	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Quadro Clínico

- O quadro clínico da hipertensão arterial é variável, e geralmente é assintomático.
- Os sintomas também podem depender da causa da hipertensão, a sua duração e severidade, e o grau de afectação dos órgãos alvo.
- Cefaleia é um dos sintomas mais comuns, que pode estar associado a palpitações, desconforto torácico ou dor torácica.

- Visão turva (nublada)
- Dispneia nos casos de cardiopatia hipertensiva descompensada
- Síncope ou lipotimia, ou hemiparesia de início súbito (traduzindo quase sempre um acidente vascular cerebral).
- **A medição da tensão arterial é a chave do diagnóstico!**

- Nota: Não diagnostique hipertensão arterial com apenas uma única medição da pressão arterial! São necessárias 3 medições com separação de 5 minutos entre cada medição e medições em dias diferentes

Complicações

- As complicações estão relacionadas com a lesão dos órgãos alvos:
- Coração – cardiopatia hipertensiva – insuficiência cardíaca
- Cérebro – acidente vascular cerebral (AVC)
- Rim – insuficiência renal
- Olhos – retinopatia hipertensiva
- Artérias periféricas – doença arterial periférica

Exames auxiliares e diagnóstico

- Como foi referido, a medição da tensão arterial é a chave do diagnóstico!
- Outros exames visam, essencialmente, detectar complicações e lesões dos órgãos alvo.
- Bioquímica sanguínea;
- Radiografia do tórax;
- ECG;

Bioquímica sanguínea

- Ureia, creatinina, sódio e potássio – para detectar uma insuficiência renal e alterações hidro-electrolíticas.
- Colesterol, triglicérido e glicemia para rastrear os factores de risco ou detectar uma hipercolesterolemia ou diabetes.

Radiografia do tórax

Em busca de descompensação cardíaca (cardiopatía hipertensiva ou insuficiência cardíaca).

ECG

Para saber em que estágio da doença se está (hipertrofia ou dilatação).

TRATAMENTO E SEGUIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Passos para decidir o início do tratamento com medicamentos anti-hipertensivos.

O que fazer na observação do doente numa primeira consulta?

- Fazer uma breve história clínica, perguntando por hábitos tabágicos, alcóolicos, prática de exercício físico, consumo de sal, consumo de AINES. Colher uma breve história familiar sobre doenças crónicas na família
- Medir a TA

- Ver o peso, altura e calcular o IMC
- Exame físico geral, com particular atenção à auscultação cardíaca e palpação dos pulsos periféricos
- Solicitar os exames auxiliares referidos no bloco anterior

- Avaliar o risco cardiovascular
- Aconselhar a terapêutica não medicamentosa mais adequada
- Tomar a decisão sobre a necessidade de iniciar a terapêutica medicamentosa
- Esclarecer a situação de saúde do doente e marcar a próxima consulta (vide mais baixo quando marcar a próxima consulta)
- Criar um arquivo para os processos clínicos dos doentes

Que fármacos usar?

1ª Linha

- **Diurético tiazídico e poupador de potássio:** Hidroclortiazida comprimidos de 50 mg $\frac{1}{2}$ comprimido + amilorido comprimidos de 5 mg $\frac{1}{2}$ comprimido.
- Existe o amilorido composto (associação de hidroclortiazida de 50 mg e amilorido de 5 mg) que se deve iniciar com $\frac{1}{2}$ comprimido por dia.
- **Quando usar os diuréticos de ansa (Furosemida)?**
 - Em pacientes com HTA e Insuficiência renal, Insuficiência cardíaca com edemas, ou ainda se suspeitar que a terapêutica anti-hipertensiva provoque retenção de líquidos
 - Furosemida de 40 mg: Iniciar com $\frac{1}{2}$ Comprimido/dia por via oral, e ir aumentando até 4 comprimidos de 12 em 12 horas

2ª Linha

- **Diurético + Bloqueador dos canais de cálcio (amlodipina ou nifedipina)**
- Na ausência de Bloqueador dos canais de cálcio, pode-se usar um anti-adrenérgico central (**Metildopa**)
- Amlodipina, comprimidos de 10 mg. Iniciar com 5 mg/dia por via oral, aumentar após 10-14 dias para um máximo de 10 mg/dia (dose única).
 - *Efeitos secundários*: edema dos membros inferiores, tonturas e palpitações
 - *Contra-indicações*: absolutas – hipotensão arterial. Relativas – estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica, angina instável na ausência de beta-bloqueadores.

- Nifedipina, comprimidos de acção prolongada, 30 mg por via oral. Iniciar com 1 comprimido (30 mg), podendo aumentar em caso de não controlo da tensão arterial para 2 comprimidos (60 mg) em dose única diária
- Metildopa 250 mg comp. De 125 mg de 12/12h até dose máxima de 1g de 8/8h

Crêterios de referência

- Não tenham a TA controlada apesar de tomarem sistematicamente 3 drogas anti-hipertensivas (diurético+bloqueadores dos canais de cálcio+beta-bloqueador)
- Tenham alguma complicação ou factores de risco maiores, como insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, AVC, insuficiência renal, diabetes (estes podem ser acompanhados de 4 em 4 meses na US devendo ser vistos anualmente numa unidade sanitária de referência)
- Desenvolvam algum efeito colateral importante com a terapêutica

Seguimento e marcação de próxima consulta

- A próxima consulta deverá ser marcada de acordo com a fase de diagnóstico em que nos encontramos, o risco do doente e o grau de controlo da TA.
- Uma vez indicada e iniciada a terapêutica não medicamentosa ou medicamentosa, o doente deve retornar para controlo após 1 mês e esta terapêutica deve ser reforçada de acordo com a resposta do doente.
- Doentes pouco cumpridores ou que sejam encontrados com uma TA mais elevada poderão vir antes deste prazo. O doente pode também pedir para antecipar a sua consulta se sentir o aparecimento de qualquer sintoma.

O que fazer na observação do doente numa segunda consulta

- Perguntar se tem feito a terapêutica não medicamentosa e motivá-lo para a fazer com regularidade
- Perguntar por sintomas ou queixas do doente
- Medir a TA e repetir a medição, informar ao doente os seus valores
- Passar a receita e marcar a nova consulta

- Caso a TA esteja controlada ($< 140/90$ mmhg), passar a nova receita em princípio para 2 meses e marcar o regresso do doente, voltando a frisar a necessidade cumprir sempre a terapêutica não medicamentosa e medicamentosa.
- Caso a TA não esteja controlada e o doente tenha tomado a medicação e não esteja a fazer anti-inflamatórios (diclofenac, ibuprofeno, indometacina, etc), acrescentar um novo fármaco em doses adequadas