



Guias de Bolso de HTA da SPH

I – DEFINIÇÕES DE HIPERTENSÃO PELOS NÍVEIS DA PRESSÃO ARTERIAL NO CONSULTÓRIO E FORA DO CONSULTÓRIO

Categoria	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
PA no consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
PA ambulatória (MAPA)			
Durante o dia (ou acordado)	≥ 135	e/ou	≥ 85
Durante a noite (ou a dormir)	≥ 120	e/ou	≥ 70
Nas 24 horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
PA em casa (AMPA)	≥ 135	e/ou	≥ 85

II – CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL NO CONSULTÓRIO

Categoria	sistólica (mmHg)		diastólica (mmHg)
Normal	< 140	e	< 90
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

III – ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- 1- **Confirmar o diagnóstico** avaliando a pressão arterial (PA) fora do consultório por auto-medição da pressão arterial (AMPA) e/ou monitorização ambulatoria da pressão arterial (MAPA);
- 2- **Implementar as medidas não farmacológicas** relacionadas com os estilos de vida; (*quadro VI*)
- 3- Fazer uma **avaliação clínico-laboratorial** inicial. (*quadro VII*)

IV – PLANO DE CUIDADOS INICIAL

- 1- **Objectivo principal:** controlar a PA para os valores alvo (<140/90 mmHg na maioria dos doentes) nos primeiros 6 meses;
- 2- Privilegiar as classes de fármacos anti-hipertensores que demonstraram prevenir complicações cardiovasculares;
- 3- Individualizar a escolha do primeiro tratamento farmacológico anti-hipertensor; (*quadro VIII*)
- 4- Privilegiar as combinações fixas de 2 anti-hipertensores: (*quadro IX*)
 - se não forem atingidos os valores alvos com a monoterapia,
 - nos doentes com HTA graus 2 ou 3
 - nos doentes de risco cardiovascular elevado;
- 5- Implementar terapêutica tripla, se necessário;
- 6- Assegurar uma boa tolerância do tratamento.

V – PLANO DE CUIDADOS A LONGO PRAZO

- 1- Referenciar aos cuidados secundários (consulta especializada), se HTA não controlada após terapêutica otimizada (tripla), confirmada por avaliação da PA fora do consultório (AMPA e/ou MAPA); (*quadro X*)
- 2- Se PA controlada, garantir uma vigilância cada 3 a 6 meses;
- 3- Despistar uma eventual má adesão ao plano terapêutico por parte do doente;
- 4- Estimular a auto-medição da PA (AMPA);
- 5- Após a ocorrência de uma complicação cardiovascular, ajustar o tratamento e manter o objectivo tensional.



VI – MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- 1- Reduzir o consumo de sal;
- 2- Praticar actividade física regular;
- 3- Reduzir o peso em caso de excesso ponderal;
- 4- Reduzir o consumo excessivo de álcool;
- 5- Privilegiar uma dieta rica em legumes e frutas;
- 6- Promover a cessação tabágica.

VII – AVALIAÇÃO INICIAL

- 1- Exame clínico global com pesquisa de factores desencadeantes e/ou agravantes da HTA;
- 2- Avaliação laboratorial inicial, com:
 - ionograma,
 - creatinina com avaliação da TFG estimada,
 - glicemia em jejum,
 - perfil lipídico global,
 - proteinúria (urina de 24 horas);
- 3- ECG em repouso.

VIII – INDIVIDUALIZAR A ESCOLHA DO PRIMEIRO FÁRMACO

- 1- Privilegiar os medicamentos cuja duração de acção permite a toma única diária;
- 2- O tratamento com um IECA ou um ARA está associado a uma maior persistência e adesão à terapêutica que um diurético ou beta bloqueador; os antagonistas do cálcio encontram-se em posição intermédia;
- 3- Dentro da mesma classe terapêutica existem diferenças entre os medicamentos que têm consequências sobre a sua eficácia e tolerabilidade;
- 4- No doente diabético com microalbuminúria e no hipertenso com proteinúria, iniciar tratamento com um IECA ou ARA.



IX – ASSOCIAÇÕES DE FÁRMACOS

- 1- Preferencialmente num só comprimido (combinação fixa)
- 2- Caso não seja atingido o objectivo tensional, várias combinações fixas (doses e fármacos) podem ser tentadas antes de associar 3º fármaco;
- 3- A associação de dois inibidores do SRAA (IECA, ARA, Inibidor da Renina) não está recomendada;
- 4- A associação de beta-bloqueador e diurético aumenta o risco de diabetes mellitus.

X – SE PA NÃO CONTROLADA AOS 6 MESES

- 1- Certificar-se de prescrição otimizada de terapêutica tripla com:
 - inibidor do SRAA (IECA; ARA ou Inibidor da Renina) +
 - bloqueador dos canais do cálcio +
 - diurético
- 2- Certificar-se de boa adesão à terapêutica por parte do doente;
- 3- Avaliar a PA fora do consultório (AMPA e/ou MAPA);
- 4- Referenciar a consulta especializada para despiste de HTA secundária e/ou optimização do esquema terapêutico.

XI – ALTERAÇÕES ESTILO DE VIDA E INÍCIO DO TRATAMENTO

Outros fatores de risco, lesão assintomática de órgão ou doença	Pressão Arterial (mmHg)			
	Normal alta P AS 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	• Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante vários meses • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
1-2 FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
≥3 FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
LOA, DRC estágio 3 ou diabetes	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
DCV sintomática, DRC estágio ≥ 4 ou diabetes com LOA/FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90