



Hipertensão Arterial

Introdução

1. Condição Médica

Hipertensão arterial, primária ou secundária.

2. Diagnóstico

A. História Médica

A hipertensão primária, ou essencial, é de etiologia desconhecida e constitui a forma mais comum de hipertensão. No entanto, são necessárias evidências de um historial de pressão arterial elevada para se considerar a aprovação de uma AUT para medicamentos proibidos.

A hipertensão secundária é menos comum e a sua origem poderá ser diversa: doença parenquimatosa renal, hipertensão renovascular, coarctação da aorta, feocromocitoma, Síndrome de Cushing, aldosteronismo primário, apneia obstrutiva do sono, ou poderá, igualmente ser induzida por fármacos. O tratamento da forma secundária da hipertensão diverge bastante.

B. Critérios de Diagnóstico

O diagnóstico da hipertensão deve ser acompanhado de uma história clínica e familiar adequada, registos da pressão arterial sistólica e/ou diastólica e um relatório médico com o exame físico. Outros exames como ECG, ecocardiografia e ultra-sonografia vascular, poderão ser considerados em casos particulares. Os exames laboratoriais poderão ser necessários para identificar outras doenças ou fatores de risco, em particular para identificar causas de hipertensão secundária. A emergência hipertensiva é diagnosticada quando se verificam valores elevados de pressão arterial, com possibilidade de danos agudos nos vasos sanguíneos ou órgãos alvos. Estas emergências são raras, mas podem ser fatais, e deste modo o tratamento deverá iniciar-se imediatamente. Deverão ser adotados cuidados adequados durante o tratamento a fim de evitar quedas abruptas na pressão arterial.

C. Informação médica relevante

A evidência de uma utilização sustentada de fármacos não-proibidos deve ser incluída na informação médica, ou deverá existir uma razão bem definida para a escolha de um fármaco proibido em detrimento de um permitido, devendo esta informação ser elaborada por um médico especialista.

3. Boas Práticas Médicas

A decisão de iniciar a terapêutica anti-hipertensiva deve ser baseada em dois critérios: repetidas medições da pressão arterial sistólica e diastólica e o nível do risco cardiovascular.

A. Denominação das substâncias proibidas:

- 1) Os Beta-bloqueantes estão indicados em doentes com angina pectoris, insuficiência cardíaca e enfarte do miocárdio recente. No entanto, a utilização dos Beta-bloqueantes enquanto tratamento de primeira linha em doentes hipertensos sem qualquer outro fator de risco, é questionável, pois estudos recentes revelam a possibilidade de ocorrência de efeitos indesejáveis, como a redução da capacidade de pro-

teção contra o acidente vascular cerebral e efeitos adversos sobre o metabolismo dos lípidos e novos casos de diabetes (contraindicações com múltiplos fatores de risco metabólicos).

- 2) Diuréticos (maioritariamente tiazidas) são ainda bem aceites como opção de tratamento. Os diuréticos da ansa não são fármacos de primeira linha, pois apresentam vários efeitos indesejáveis, sendo utilizados em circunstâncias mais limitadas. Os diuréticos estão indicados em caso de insuficiência cardíaca e na prevenção de acidente vascular cerebral secundário.
- 3) A monoterapia pode não ser suficiente para alcançar a pressão arterial recomendada. Em alguns casos, a melhor opção terapêutica, passa pela associação de fármacos, como a combinação entre Beta-bloqueantes e diuréticos, ou entre os antagonistas dos recetores de angiotensina ou inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ambas as classes permitidas) e os diuréticos.

B. Via de Administração

Todos os fármacos podem ser administrados por via oral. A administração por via intravenosa é, geralmente limitada, a situações de crise hipertensiva.

C. Frequência

A frequência é diária, e poderá incluir um único fármaco, ou uma associação de fármacos.

D. Duração do Tratamento recomendada

O tratamento da hipertensão arterial deverá ser iniciado antes de se desenvolverem danos cardiovasculares significativos, sendo, geralmente, uma terapia crónica. No caso de um atleta de competição no ativo, recomenda-se que após alcançado o controlo da pressão arterial, o acompanhamento deverá continuar a ser realizado por um médico especialista ou pelo médico de família. Consultar o ponto 7, Validade da AUT, para mais informações sobre a duração da mesma.

2

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

Devem ser instituídas medidas referentes ao estilo de vida, sempre que adequado, em todos os doentes de forma a baixar a pressão arterial, controlar fatores de risco e outras condições clínicas. No entanto nunca deve ser adiado, desnecessariamente, o início do tratamento. A terapia deve incluir:

- Redução de peso e estabilização do mesmo;
- Aconselhamento dietético, redução da ingestão de sal, de gorduras saturadas e totais, aumento do consumo de fruta e vegetais;
- Prescrição de exercício;
- Cessaçãotabágica;
- Redução do consumo de álcool;
- Medicamentos permitidos, incluem, por exemplo, os bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA), bloqueadores alfa-adrenérgicos ou inibidores da renina.
- Outros fármacos poderão ser necessários para o tratamento de fatores de risco associados, nomeadamente: fármacos dislipidémicos, antiagregantes plaquetários e para o controlo da glicemia. Dever-se-á ter sempre em atenção que alguns destes fármacos poderão necessitar também de uma soliciçãode AUT.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

A hipertensão não tratada está inequivocamente associada a um aumento do risco, em particular da insuficiência ventricular esquerda, enfarte do miocárdio, acidente cerebrovascular ou falência renal. O tratamento adequado da hipertensão é um elemento necessário à boa prática médica. Uma pressão arterial controlada é ainda mais um imperativo quando estão diagnosticadas comorbilidades (por exemplo, diabetes e obesidade).

6. Monitorização do Tratamento

Durante a fase inicial do tratamento com um novo fármaco, os doentes deverão ser monitorizados a cada 2 a 4 semanas de forma a proceder aos eventuais ajustes de terapêutica. Os doentes devem ser instruídos a realizarem auto-medições da pressão arterial. Após ser alcançado o valor recomendado de pressão arterial, a frequência da monitorização poderá ser reduzida para uma vez a cada 6 meses. Recomenda-se que o objetivo a atingir em termos de pressão arterial seja um valor inferior a 140/90 mm Hg; no caso de doentes com diabetes o valor a atingir deverá ser ainda mais reduzido. (Recomenda-se a leitura das Guidelines em vigor referentes à Hipertensão arterial).

A monitorização de rotina da pressão arterial deverá ser realizada pelo médico de família com referência para um especialista quando apropriado, dependendo do sistema de saúde do país em causa.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

Todas as alterações ao regime terapêutico deverão ser adequadamente documentadas, e endossadas por um médico, constituem a base de revisão de uma AUT. A duração máxima recomendada da AUT é de quatro anos. O atleta é aconselhado a manter um registo referente ao diagnóstico da doença, de forma a enviar juntamente com uma nota atualizada de um especialista, no caso de ser necessária uma reaplicação. O pedido de uma AUT será considerada para aprovação retroativa em casos de emergência hipertensiva aguda.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

Os Beta-bloqueantes são proibidos apenas em certos desportos. Por favor consulte a lista atualizada das substâncias proibidas no desporto. A utilização dentro e fora de competição, quando aplicável, de qualquer quantidade de substância sujeita a valores limite (exemplo: salbutamol, morfina, catina, efedrina, metilefedrina e pseudoefedrina) em associação com diuréticos ou outros agentes mascarantes, requer a entrega de uma AUT específica adicionalmente à AUT referente ao diurético ou outros agentes mascarantes.

9. Referências

1. European Society of Hypertension- European Society of Cardiology 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension European Heart Journal (2007)28 : 1462-1536 doi:10.1093/eurheartj/ehm6.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC report. JAMA 289:2560-2572, 2003
3. KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39:S1-S266, 2002 (suppl 2)