



Hipertensão Arterial

Introdução

1. Condição Médica

Hipertensão arterial, primária ou secundária.

2. Diagnóstico

A. História Médica

A hipertensão pode ser primária ou secundária. A hipertensão primária ou essencial, é de etiologia desconhecida e constitui a forma mais comum da hipertensão. Contudo, as evidências sustentadas de uma história de pressão arterial elevada são obrigatórias para a consideração da aprovação de uma AUT para o uso de medicamentos proibidos.

A hipertensão secundária é menos comum e a sua origem é devida a uma causa muito bem estabelecida que pode ser: doença do parênquima renal, hipertensão renovascular, coarctação da aorta, feocromocitoma, Síndrome de Cushing, aldosteronismo primário, síndrome da apneia obstrutiva do sono, ou poderá, igualmente ser induzida por medicamentos. O tratamento das formas secundárias da hipertensão pode ser bem diferente.

B. Critérios de Diagnóstico

O diagnóstico da hipertensão deve ser acompanhado de uma história clínica e familiar adequada, com registros da pressão arterial sistólica e/ou diastólica e um laudo médico com o exame físico. Outros exames como ECG, ecocardiograma e ultrassonografia vascular, poderão ser considerados em casos particulares. As investigações através dos exames laboratoriais poderão ser necessários para identificar outras condições ou fatores de risco, particularmente na busca das causas de hipertensão secundária. A emergência hipertensiva é diagnosticada quando marca valores elevados de pressão arterial, com possibilidade de danos agudos nos vasos sanguíneos ou órgãos alvos. Estas emergências são raras, mas podem ser fatais, portanto o tratamento deve começar imediatamente. Devem ser adotadas medidas cuidadosas durante o tratamento de modo a evitar quedas abruptas na pressão arterial.

C. Informação médica importante

A evidência de uma utilização sustentada de medicamentos não proibidos deve ser incluída na informação médica, ou deve haver uma razão clara para a escolha de uma substância ativa proibida em detrimento de uma permitida, devendo esta informação ser elaborada por um médico especialista.

3. Boas Práticas no tratamento médico

A decisão de iniciar o tratamento anti-hipertensivo deverá basear-se em dois critérios: medições repetidas da pressão arterial sistólica e diastólica e determinação do risco cardiovascular global.

A. Nome das substâncias proibidas:

- 1) Os Beta-bloqueantes são indicados em pacientes com angina de peito, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio recente. No entanto, a utilização dos Beta-bloqueadores como tratamento de primeira escolha em pacientes hipertensos, não tendo associados outros fatores de risco, é questionável, pois estudos recentes mostram a redução da capacidade na proteção da incidência de um acidente vascular cerebral e efeitos adversos sobre o metabolismo lipídico e ainda novos casos de diabetes (contra-indicações com múltiplos fatores de risco metabólicos).

- 2) Diuréticos (principalmente os tiazídicos) ainda são bem aceites como opção de tratamento. Os diuréticos de alça não são usados como tratamento de primeira escolha, pois apresentam vários efeitos adversos, e geralmente são reservados para circunstâncias especiais. Os diuréticos são indicados em caso de insuficiência cardíaca e na prevenção de acidente vascular cerebral secundário.
- 3) A monoterapia, em alguns pacientes, pode não ser suficiente para alcançar um controle eficaz da pressão arterial. Em alguns casos, a melhor opção de tratamento, pode ser o uso de uma terapia de combinação, tais como o uso de Beta-bloqueantes e diuréticos, ou por exemplo, a combinação de um inibidor da Enzima conversora de angiotensina (ECA) ou um antagonista do receptor da angiotensina II (ambas as classes permitidas) com a Hidroclorotiazida.

B. Via de Administração

Todos os medicamentos podem ser administrados por via oral. A administração por via intravenosa pode ser necessária nos casos de crise/emergência hipertensiva.

C. Frequência

São necessárias doses diárias podendo incluir um único medicamento ou um protocolo de terapia de combinação.

D. Duração do Tratamento recomendada

O tratamento da hipertensão arterial deve ser iniciado antes de se começarem danos cardiovasculares significativos, sendo, geralmente desenvolvidos ao longo da vida. No caso de um atleta de competição ativo, recomenda-se que, uma vez alcançado o controle da pressão arterial, o acompanhamento deve ser continuado, a ser realizado pelo médico responsável pelo tratamento ou por um especialista. Ver o ponto 7, Validade da AUT, para mais informações sobre a duração do tratamento.

4. Outros tratamentos alternativos não-proibidos

Devem ser instituídas medidas referentes ao estilo de vida, sempre que necessário, em todos os pacientes 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 pode 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;
- Cessação do tabagismo;
- Redução do consumo excessivo de álcool;
- Medicamentos não-proibidos, incluem, por exemplo, os bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina), antagonistas dos receptores da angiotensina II, bloqueadores alfa-adrenérgicos ou inibidores da renina.
- Outros medicamentos podem ser necessários para o tratamento de fatores de risco associados, especificamente: medicamentos anti-dislipidêmicos, antiagregantes plaquetários e medicação para o controle glicêmico. Deve-se ter sempre em atenção que alguns destes medicamentos podem necessitar de uma solicitação de AUT em separado.

5. Consequências para a saúde no caso de ausência do tratamento

A hipertensão não tratada está inequivocamente associada a um aumento do risco, em particular da insuficiência ventricular esquerda, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou insuficiência renal. O tratamento adequado da hipertensão é um elemento necessário à boa prática médica. O controle ideal da pressão arterial é ainda mais imperativo quando existem comorbidades associadas (por exemplo, diabetes e obesidade).

6. Monitorização do Tratamento

Durante a fase de titulação do medicamento, os pacientes devem ser vistos a cada 2 a 4 semanas de forma a fazer os ajustes necessários até se conseguir o efeito desejado com êxito. Os pacientes devem ser instruídos a realizarem em casa as medições da pressão arterial. Após ser alcançada a meta terapêutica, a frequência da monitorização pode ser reduzida a cada 6 meses. Recomenda-se atingir para a pressão arterial um valor inferior a 140/90 mm Hg; no caso de pacientes diabéticos e de alto risco, o valor a atingir deverá ser ainda mais reduzido.

A monitorização de rotina da pressão arterial deverá ser realizada pelo médico responsável pelo tratamento e deve ser encaminhado a um especialista quando necessário, dependendo do sistema de saúde do país.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

Quaisquer alterações ao regime terapêutico devem ser adequadamente documentadas e endossadas por um médico, estas formam 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 inicial da doença, para enviar juntamente com uma nota atualizada do especialista, no caso de sua reaplicação ser necessária. Um pedido de uma AUT será considerado para aprovação retroativa em casos de emergência hipertensiva aguda.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

Os Beta-bloqueadores são proibidos apenas em determinados esportes. Por favor consulte a lista atual das substâncias proibidas no esporte. A utilização dentro e fora de competição, conforme o caso, de qualquer quantidade de substância sujeita a valores limite (exemplo: salbutamol, morfina, catina, efedrina, metilefedrina e pseudoefedrina) em associação com diuréticos ou agentes mascaradores, requer a entrega de uma AUT específica para essa substância, além da AUT concedida ao diurético ou aos agentes mascaradores.

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)