

Diário Oficial

Estado de São Paulo

Poder Executivo
Seção I

GOVERNADOR MÁRIO COVAS
Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Volume 110 - Número 11 - São Paulo, sábado, 15 de janeiro de 2000

Saúde

Resolução SS-7, de 13-1-2000

Institui a "Recomendação para o Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica na Rede Pública do SUS/SP" e dá providências correlatas

O Secretário da Saúde:

considerando que a hipertensão arterial sistêmica é um importante fator de risco para doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, que são responsáveis por cerca de 22% dos óbitos que ocorrem na população adulta do Estado de São Paulo;

considerando que a hipertensão arterial sistêmica se apresenta com alta prevalência na população adulta e que também é responsável por elevadas taxas de morbidade e aposentadorias precoces;

considerando a necessidade de melhoria na prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica na rede pública de saúde; e

considerando que o Programa Dose Certa vem distribuindo, desde 1995, medicamentos de uso cardiovascular e a necessidade de adequar a sua disponibilidade aos conhecimentos técnico-científicos atuais, Resolve:

Artigo 1º - Instituir a "Recomendação para Tratamento da Hipertensão Arterial" na rede pública do SUS no âmbito do estado de São Paulo, disposta no anexo desta resolução.

Artigo 2º - Adequar a lista de medicamentos do Programa Dose Certa, conforme o anexo desta resolução, aos princípios técnicos dos consensos sobre "Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica" elaborados pelas entidades: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, bem como por outros organismos internacionais.

Artigo 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Anexo

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Sociedade Brasileira de Cardiologia/

Departamento de Hipertensão Arterial

Sociedade Brasileira de Hipertensão

Sociedade Brasileira de Nefrologia/

Departamento de Hipertensão Arterial

RECOMENDAÇÃO PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de alta prevalência, responsável por elevadas taxas de morbidade e aposentadorias precoces, sendo pouco diagnosticada e inadequadamente controlada na população do Estado de São Paulo.

Estudo populacional realizado em 1987, no Município de São Paulo, mostrou que 14,4% das mulheres e 31,0% dos homens apresentavam nível pressórico alterado. A doença isquêmica do coração e a doença cerebrovascular, para as quais a hipertensão arterial se constitui em importante fator de risco, são responsáveis por cerca de 22% dos óbitos entre os adultos do Estado de São Paulo.

O diagnóstico e o tratamento adequados proporcionam menores gastos com internações, invalidez, hemodiálise, bem como com a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas seqüelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergências.

O tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, o qual tem apresentando avanços consideráveis, ainda não está implantado, de forma satisfatória, nos serviços públicos de saúde.

Com este documento, a Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, a Sociedade Brasileira de Cardiologia - Departamento de Hipertensão Arterial e a Sociedade Brasileira de Nefrologia - Departamento de Hipertensão Arterial, pretende melhorar o diagnóstico e o tratamento da doença na rede pública de saúde do Estado de São Paulo, contribuindo, desta forma, para seu controle.

PRINCÍPIOS PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

O paciente com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, a ser atendido pela rede de saúde, deverá ter as seguintes etapas de avaliação e tratamento:

1) Avaliação

1a) Classificação diagnóstica

Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (<18 anos)

PAD (mmHg) PAS(mmHg) Classificação

(MENOR) 85 (MENOR) 130 Normal

85-89 130-139 Normal limítrofe

90-99 140-159 Hipertensão leve (estágio 1)

100-109 160-179 Hipertensão moderada (estágio 2)

(MAIOR/IGUAL)110 (MAIOR/IGUAL)180 Hipertensão grave (estágio 3)

(MENOR)90 (MAIOR/IGUAL)140 Hipertensão sistólica isolada

1b) Avaliação laboratorial mínima

a) Hemograma f) Triglicérides

b) Sódio e Potássio g) Ácido úrico

c) Creatinina h) Urina tipo I

d) Glicemia i) ECG de repouso

e) Colesterol total j) Rx de tórax

2. Decisão terapêutica

A decisão terapêutica deve considerar os níveis pressóricos, a exposição aos fatores de risco cardiovascular e a presença de lesões em órgãos-alvo.

2-a) Fatores de risco

Os principais fatores de risco cardiovascular estão expostos no QUADRO 2-a.

QUADRO 2-a

Componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo.

Fatores de risco maiores Lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares

Tabagismo Doenças cardíacas:

Dislipidemia -hipertrofia ventricular esquerda

Diabete melito -angina ou infarto prévio do miocárdio;

Idade acima de 60 anos -revascularização miocárdica prévia;

Sexo: homens ou mulheres pós menopausa -insuficiência cardíaca.

História familiar de doença Episódio isquêmico ou acidente vascular

Cardiovascular em: encefálico

-mulheres com menos de 65 anos Nefropatia

de idade Doença vascular arterial periférica

-homens com menos de 55 anos Retinopatia hipertensiva

de idade

2-b) Estratificação do risco

Os pacientes terão o risco cardiovascular estratificado de acordo com os critérios expostos no QUADRO 2-b.

QUADRO 2-b

Estratificação em grupos, de acordo com o fator de risco individual.

Grupo A

sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo

Grupo B

presença de fatores de risco (não incluindo diabete melito) e sem lesão em órgão-alvo

Grupo C

presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabete melito

2-c) Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco cardiovascular e nos níveis de pressão arterial

O tratamento a ser instituído para determinado paciente deverá seguir os critérios de decisão terapêutica expostos no Quadro 2-c, no qual estão indicadas as condutas a serem tomadas frente a cada paciente.

QUADRO 2-c

Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão.

Pressão arterial Grupo A Grupo B Grupo C

Normal limítrofe Modificações no Modificações no Modificações no

(130-139 mmHg/85-89mmHg) estilo de vida estilo de vida estilo de vida*

Hipertensão leve (estágio 1) Modificações no Modificações no Terapia medicamentosa

(140-159 mmHg/90-99 mmHg) estilo de vida estilo de vida**

(até 12 meses) (até 6 meses)

Hipertensão moderada e severa Terapia medicamentosa Terapia medicamentosa Terapia

medicamentosa

(estágios 2 e 3)

((MAIOR)) 160 mmHg/(MAIOR/IGUAL) 100 mmHg)

* Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabete melito.

** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento

medicamentoso inicial.

3) Tratamento

3-a) Tratamento não farmacológico:

Deverá ser implementado sempre para todos os pacientes hipertensos. No QUADRO 3-a abaixo estão as medidas não medicamentosas mais utilizadas no tratamento da hipertensão arterial e de fatores de risco.

Quadro 3-a

Medidas não-medicamentosas para o controle da hipertensão e dos fatores de risco Cardiovascular.

Medidas com maior eficácia Medidas associadas Medidas sem avaliação

Anti-hipertensiva definitiva

* Redução do peso corporal * Abandono do tabagismo * Suplementação de

* Redução da ingestão de sódio * Controle das dislipidemias cálcio e magnésio

* Maior ingestão de alimentos * Controle do diabete melito * Dietas vegetarianas ricos em potássio. * Evitar drogas que potenc. ricas em fibras

* Redução do consumo de elevem a pressão * Medidas antiestresse bebidas alcoólicas

* Exercícios físicos regulares

3-b) Tratamento farmacológico:

O quadro 3-b contém as classes de medicamentos com ação anti-hipertensiva

QUADRO 3.b

Classes de anti-hipertensivos

Diuréticos (tiazídicos, de alça e poupadores de potássio)

Inibidores adrenérgicos (ação central, alfa-1 bloqueadores e betabloqueadores)

Vasodilatadores diretos

Inibidores da enzima conversora da angiotensina

Antagonistas dos canais de cálcio

Antagonistas do receptor da angiotensina II

FLUXOGRAMA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Monoterapia Inicial

Resposta Inadequada ou efeitos adversos

Aumentar Adicionar a Segunda Substituir a a dose ou droga ou monoterapia

Resposta Inadequada

Adicionar a Segunda ou a terceira droga

A Secretaria de Estado da Saúde recomenda dar preferência ao seguinte critério de escolha inicial conforme disposto a seguir:

Hipertensão não enquadrada nas situações especiais elencadas no quadro 3-c

Diurético

Betabloqueador

A indicação nas demais situações

Existem condições clínicas em que algumas drogas anti-hipertensivas já demonstraram grande eficiência na diminuição da morbidade e mortalidade cardiovascular. Por outro lado, existem algumas doenças que, associadas à hipertensão arterial, levam a contra-indicação de determinados anti-hipertensivos. O quadro 3-c esquematiza algumas dessas situações clínicas.

QUADRO 3-c

Considerações para a individualização do tratamento medicamentoso anti- hipertensivo

Indicação Tratamento Medicamentoso

Indicações estabelecidas - (exceto se contra-indicado)

Diabete melito (tipo1) com proteinúria IECA*

Insuficiência Cardíaca IECA, diuréticos

Hipertensão sistólica isolada (pacientes idosos) Diuréticos (preferidos), AC**. (DHP*** de ação prolongada)

Infarto do miocárdio Beta-bloqueadores (sem ASI****), IECA (com disfunção sistólica)

Podem apresentar efeitos favoráveis nas condições co-mórbidas

Angina Beta-bloqueadores, AC

Taquicardia e fibrilação atrial Beta-bloqueadores, AC(não DHP)

Hipertensão induzida pela ciclosporina. (cuidado AC

com a dose de ciclosporina)

Diabete melito (tipos 1 e 2) com proteinúria. IECA(preferido), AC

Diabete melito(tipo2) Diuréticos em baixas doses

Dislipidemia Alfa-bloqueadores

Tremor essencial Beta-bloqueadores (não CS)*****

Insuficiência cardíaca Carvedilol, inibidores do receptor AT1 da angiotensina II

Hipertiroidismo Beta-bloqueadores

Enxaqueca Beta-bloqueadores(não CS), AC (não DHP), Clonidina

Infarto de miocárdio Cloridrato de diltiazem, cloridrato de verapamil

Osteoporose Tiazidas

Hipertensão pré-operatória Beta-bloqueadores

Prostatismo (hipertrofia prostática) Alfa-bloqueadores

Insuficiência renal (cuidados na hipertensão IECA

renovascular e creatinina ((MAIOR)) 3,0 mg/dl)

Podem apresentar efeitos desfavoráveis nas condições co-mórbidas

Doença pulmonar com broncoespasmo Beta-bloqueadores

Depressão Beta-bloqueadores, alfa agonistas

Diabete melito (tipos 1 e 2) Beta-bloqueadores, altas doses de diuréticos

Dislipidemia Beta-bloqueadores(Sem-ASI), diuréticos(altas doses)

Gota Diuréticos

Bloqueio cardíaco de 2º ou 3º graus Beta-bloqueadores, AC (não -DHP)

Insuficiência cardíaca Beta-bloqueadores (exceto carvedilol). AC

(exceto besilato de amlodipina e felodipina)

Doença hepática Cloridrato de labetalol, metildopa

Doença vascular periférica Beta-bloqueadores

Gravidez IECA, bloqueadores do receptor de angiotensina II

Insuficiência renal Agentes poupadores de potássio

Doença renovascular IECA, bloqueadores do receptor de angiotensina II

*IECA Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina

**AC Antagonistas de canais de cálcio

***DHP Dihidropiridínico

****ASI Atividade simpáticomimética intrínseca

*****CS Cardioseletivo

4) Medicamentos Atualmente, Disponíveis no Programa de Assistência Farmacêutica Básica
"Dose Certa "

4-a) Diuréticos :

Hidroclorotiazida 50 mg cp (dosagem de 12,5 mg está em desenvolvimento pela FURP)

Furosemida 40 mg cp

4-b) Beta-bloqueadores :

Propranolol 40 mg cp

4-c) Antagonistas dos canais de cálcio :

Nifedipina 20 mg cp liberação lenta

(está em desenvolvimento na apresentação de 10 mg cp)

4-d) Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina :

Captopril 25 mg cp (a ser introduzido já no ano 2.000)

4-e) Inibidor adrenergico de ação central

Metildopa 500 mg cp (está em desenvolvimento a apresentação em 250 mg cp)

5) Considerações Gerais sobre aspectos Relevantes da Hipertensão:

5-a) Crise Hipertensiva

A crise hipertensiva se constitui situação clínica na qual ocorre uma brusca elevação dos níveis da pressão, acompanhada de sinais e sintomas, tais como cefaléia, alterações visuais recentes e vasoespasmos ao exame de fundo de olho. O encontro de níveis tensionais elevados acompanhados de sintomas requer adequada avaliação clínica, que inclui exame físico detalhado e fundoscopia.

É importante ressaltar que é comum a existência de situações de estresse psicológico agudo associadas à presença de níveis de pressão elevados, mas que não caracterizam crise hipertensiva. Nessa situação, recomenda-se o tratamento agudo do estresse psicológico. A hipertensão arterial deverá ser tratada em ambulatório.

A crise hipertensiva pode ser dividida em urgência e emergência hipertensivas.

1) Urgências Hipertensivas

Nas urgências hipertensivas, os aumentos da pressão arterial, por mais elevados que sejam, não estão associados a quadros clínicos agudos, como obnubilação, vômitos, dispnéia etc e portanto, não apresentam risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo (como, por exemplo, hipertensão acelerada e hipertensão perioperatória). Nessa situação, o controle da pressão arterial deve ser feito em até 24 horas.

Inicialmente, a pressão arterial deve ser monitorizada por 30 minutos. Caso permaneça nos mesmos níveis, preconiza-se a administração, por via oral, de um dos seguintes medicamentos: diurético de alça, betabloqueador, inibidor da ECA, ou antagonista dos canais de cálcio. Embora a administração sublingual de nifedipina de ação rápida tenha sido amplamente utilizada para esse fim, foram descritos efeitos colaterais graves com esse uso. A dificuldade de controlar o ritmo ou o grau de redução da pressão arterial e a existência de alternativas eficazes e mais bem toleradas torna o uso desse agente (nifedipina de curta duração de ação) não recomendável nessa situação.

2) 2) Emergências Hipertensivas

Nas emergências hipertensivas, a crise é acompanhada de sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio e situações de hipertensão maligna ou de dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há risco iminente de vida ou de lesão orgânica irreversível, e os pacientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso, tais como nitroprussiato de sódio ou hidralazina. Depois de obtida a redução imediata dos níveis de pressão, deve-se iniciar a terapia anti-hipertensiva de manutenção e interromper a medicação parenteral. A hidralazina tem contra-indicação nos casos de cardiopatia isquêmica ou infarto do

miocárdio e de dissecção aguda de aorta, por induzir ativação simpática (com taquicardia e aumento da pressão de pulso). Na fase aguda do acidente vascular encefálico, a redução dos níveis tensionais deve ser gradativa e cuidadosa, evitando-se reduções bruscas e excessivas. Preconiza-se que, nas primeiras 24 horas a 48 horas, os níveis tensionais diastólicos sejam mantidos ao redor de 100 mmHg. Após esse período, de forma cuidadosa e progressiva, pode-se reduzir os níveis tensionais para valores dentro da faixa de normalidade.

Para as demais situações, nas quais os níveis tensionais, embora bastante elevados, não se acompanham de sintomas ou deterioração de órgãos-alvo, não caracterizando, portanto, situações de urgência ou emergência hipertensivas, está indicado o tratamento ambulatorial.

Recomenda-se a leitura do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (Hiperativo 1999; 6: 167-106) ou nos sites www.sbh.org.br ou www.sbn.org.br.