

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

113 anos
1899-2013

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde



NÚMERO: 026/2011
DATA: 29/09/2011
ATUALIZAÇÃO: 19/03/2013

ASSUNTO: Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial
PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. O objetivo da terapêutica antihipertensora em sentido estrito é, a curto prazo, a redução e controlo da pressão arterial (PA) para valores inferiores a 140/90 mmHg, desde que sejam tolerados e não estejam contraindicados.
2. As intervenções sobre o estilo de vida do doente devem ser sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial (HTA). As principais intervenções no estilo de vida são (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*):
 - a) adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas);
 - b) prática regular e continuada de exercício físico, 30 a 60 minutos, quatro a sete dias por semana;
 - c) controlo e manutenção de peso normal, isto é, índice massa corporal igual ou superior a 18,5 mas inferior a 25, e perímetro da cintura inferior a 94 cm, no homem, e inferior a 80 cm, na mulher;
 - d) restrição do consumo excessivo de álcool (máximo 2 bebidas/dia);
 - e) diminuição do consumo de sal (valor ingerido inferior a 5,8 g/dia);
 - f) cessação do consumo de tabaco.
3. Na avaliação da doença hipertensiva tem que ser estabelecido e estratificado o risco absoluto associado, tendo em conta a coexistência de fatores de risco, lesões nos órgãos alvo, síndrome metabólica, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular (DCV) ou renal estabelecida, conforme Figura n.º 1 do Quadro I em Anexo II da presente Norma.
4. A escolha inicial da terapêutica farmacológica antihipertensora deve ter em conta (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*):
 - a) a recomendação, implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas;
 - b) a idade;
 - c) lesões coexistentes nos órgãos alvo;

- d) fatores de risco cardiovascular (CV) concomitantes;
 - e) doenças e condições clínicas associadas, conforme exemplos no Quadro II em Anexo II;
 - f) indicações, contra-indicações relativas e absolutas, conforme exemplos no Quadro III em Anexo II e os efeitos adversos dos fármacos;
 - g) condicionalismos da adesão à terapêutica;
 - h) fatores económicos associados.
5. Constituem princípios gerais na prescrição farmacológica:
- a) a utilização de medicamentos genéricos, sempre que apropriados e de baixo custo;
 - b) a utilização, sempre que possível, de medicamentos de toma única diária;
 - c) o tratamento de doentes com hipertensão sistólica isolada da mesma forma dos doentes com hipertensão sistó-diastólica, tendo em conta as comorbilidades presentes;
 - d) caso o doente esteja devidamente controlado com diferente opção terapêutica, esta deverá ser mantida e justificada no processo clínico.
6. No tratamento da hipertensão arterial de risco acrescido baixo ou moderado, nos termos do da Figura n.º 1 do Quadro I em Anexo II, pode ser utilizado qualquer fármaco considerado de primeira linha:
- a) diurético dito tiazídico ou análogo, como a clorotalidona (12,5 – 25,0 mg uma vez dia) ou indapamida (1,5 mg de libertação modificada uma vez ao dia, ou 2,5 mg uma vez dia);
 - b) modificador do eixo renina-angiotensina-aldosterona, preferencialmente inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou, em alternativa, antagonista do receptor da angiotensina (ARA) de baixo custo;
 - c) bloqueador da entrada de cálcio (BCC), com duração de ação adequada (longa);
 - d) a associação, preferencialmente, de um diurético com um inibidor da enzima de conversão da angiotensina, ou um antagonista do receptor da angiotensina, se em baixa dose e de baixo custo.
7. No tratamento da hipertensão arterial de risco acrescido, alto ou muito alto, nos termos do da Figura n.º 1 do Quadro I em Anexo II, deverá ser utilizada uma associação de fármacos com mecanismo de ação complementar, e sempre que seja previsível uma menor adesão à terapêutica:
- a) de diurético tiazídico ou análogo com modificador do eixo renina-angiotensina (IECA ou ARA, de baixo custo);
 - b) de bloqueador da entrada de cálcio com modificador do eixo renina-angiotensina (IECA ou ARA, de baixo custo).
8. No caso de existir doença coronária associada ou insuficiência cardíaca ou certos tipos de arritmia cardíaca, e nos jovens com presumível grande atividade simpática, poder-se-á justificar a utilização de bloqueadores adrenérgicos beta (BB) com efeitos vasodilatadores, como o carvedilol ou o nebivolol, que apresentam menos ou nenhuma acção dismetabólica.

9. Perante a ausência de controlo da pressão arterial com a associação de dois fármacos deverá adicionar um terceiro, de classe diferente, isto é:
 - a) bloqueador da entrada de cálcio de ação prolongada, no caso da terapêutica inicial constar de uma associação do diurético com modificador do sistema renina-angiotensina-aldosterona;
 - b) diurético, quando a terapêutica foi iniciada com a associação do bloqueador da entrada de cálcio com modificador do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
10. Se o doente não apresenta valores tensionais controlados, apesar de terapêutica instituída e otimizada com associação de três fármacos de classes farmacológicas diferentes, incluindo já um diurético, no prazo máximo de 12 meses deverá ser referenciado a serviço hospitalar especializado.
11. Nas urgências hipertensivas, definidas por hipertensão arterial grave (PAS ≥ 180 mmHg / PAD ≥ 120 mmHg) sem sinais e sintomas de lesão aguda do órgão alvo, não existe evidência de que a rápida redução da pressão arterial seja benéfica. Nesta situação de grave hipertensão arterial assintomática, a redução rápida da pressão arterial pode mesmo precipitar isquemia do miocárdio ou cerebral. Assim, preconiza-se que:
 - a) o objetivo terapêutico deve ser o de reduzir a pressão arterial para valores iguais ou inferiores a 160/100 mmHg, progressivamente, durante várias horas a dias;
 - b) no doente idoso, o objetivo descrito em a) deverá ocorrer de modo mais lento devido ao maior risco de isquemia cerebral e/ou do miocárdio;
 - c) os doentes que suspenderam a terapêutica antihipertensora devem retomar a medicação anteriormente prescrita;
 - d) os doentes submetidos a terapêutica antihipertensora devem, dependendo das circunstâncias caso a caso, aumentar a dose dos antihipertensores ou adicionar um novo fármaco, ou nos doentes que ingerem elevadas quantidades de sódio, acrescentar um diurético e/ou intensificar a restrição de sódio na dieta;
 - e) a administração de nifedipina de ação rápida ou captopril por via oral ou sublingual não seja utilizada devido ao risco de isquemia ou enfarte do miocárdio ou cerebral que pode ocorrer em consequência da redução rápida da pressão arterial para valores em que a perfusão tecidual não pode ser mantida pela autorregulação.
12. Nas situações de emergência hipertensiva, definida por hipertensão arterial grave (PAS ≥ 180 mmHg / PAD ≥ 120 mmHg) com sinais e sintomas de lesão aguda do órgão alvo, o tratamento deverá ser preferencialmente administrado a nível hospitalar.
13. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo I.
14. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
15. A presente Norma revoga a Norma n.º 3/2010, de 31/10/2010 e a Circular Normativa n.º 2/DGCG da Direção-Geral da Saúde, de 31/03/2004.
16. A presente Norma, atualizada com os contributos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 29/09/2011.

II – CRITÉRIOS

- A. A presente Norma não visa o tratamento da HTA da grávida, o tratamento da HTA do jovem e adolescente e o tratamento da HTA secundária.
- B. O objetivo da terapêutica antihipertensora, não farmacológica e farmacológica, é a diminuição da morbilidade e mortalidade CV devido à HTA.
- C. É fundamental que doentes com fatores de risco sejam avaliados e monitorizados, sendo o valor da PA um dos principais fatores de desenvolvimento de DCV.
- D. A HTA é fator de risco significativo para:
- doença vascular cerebral;
 - doença coronária;
 - insuficiência cardíaca;
 - insuficiência renal;
 - doença vascular periférica;
 - alterações cognitivas;
 - fibrilação auricular;
 - disfunção erétil.
- E. A classificação da PA deverá sempre ser efetuada de acordo com a Norma n.º 020/2011, de 28/9/2011, da Direção-Geral da Saúde e utilizando-se, na sua avaliação, aparelho certificado e calibrado, registando-se no processo clínico.
- F. Os benefícios no tratamento e controlo da PA são:
- para pessoas com menos de 60 anos de idade (redução da PAS em 10 mmHg e PAD em 6 mmHg);
 - redução de acidentes vasculares cerebrais (AVC) em 42%;
 - redução de eventos coronários em 14%.
 - para pessoas com mais de 60 anos de idade (redução da PAS em 15 mmHg e PAD em 6 mmHg):
 - redução da mortalidade total em 15%;
 - redução da mortalidade CV em 36%;
 - redução da incidência de AVC em 35%;
 - redução de doença coronária em 18%.
- G. A pessoa com doença hipertensiva deve ter oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu tratamento, sendo imperativo uma boa comunicação entre ela e os profissionais de saúde. O tratamento deverá:
- ser culturalmente adequado e acessível, no caso de pessoas com problemas adicionais;

- ii. dar oportunidade a cuidadores e familiares de serem envolvidos nas decisões sobre os cuidados ao doente e tratamento indicado, exceto se especificamente por ele excluídos.
- H. O fármaco diurético tiazídico ou análogo devem ser substituídos por diurético de ansa quando a taxa de filtração glomerular for inferior a 30-40 ml/min.
- I. No caso de existirem sinais ou sintomas que sugiram HTA secundária, o doente deverá ser enviado a serviço especializado.
- J. A presença de uma causa identificável de HTA secundária é, preferencialmente, de equacionar:
 - i. nos indivíduos jovens, com menos de 40 anos de idade;
 - ii. quando houver agravamento súbito da pressão arterial, HTA acelerada (PA > 180/110 mmHg com sinais de edema da papila e/ou hemorragia retiniana);
 - iii. na deficiente resposta ou resistência ao tratamento.
- K. No caso de HTA acelerada, atingindo de forma aguda e grave os órgãos alvo, ou na suspeita de feocromocitoma o doente deverá ser imediatamente referenciado a serviço hospitalar especializado.

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. Percentagem de inscritos com HTA sob medidas terapêuticas não farmacológicas:
 - (i) Numerador: n.º de inscritos com HTA sob medidas terapêuticas não farmacológicas;
 - (ii) Denominador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA.
 - ii. Percentagem de inscritos com diagnóstico de HTA tratados por grupo farmacológico:
 - (i) Numerador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA tratados por grupo farmacológico;
 - (ii) Denominador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA.

- iii. Percentagem de inscritos com diagnóstico de HTA vigiados, controlados e não controlados (ao fim de 12 meses) sob terapêutica farmacológica de um fármaco / dois fármacos / três fármacos / mais de três fármacos (classes de fármacos antihipertensores: diurético, modificador do eixo renina-angiotensina-aldosterona, BCC e BB).
 - (i) Numerador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA, vigiados, controlados e não controlados, sob terapêutica farmacológica de um fármaco / dois fármacos / três fármacos / mais de três fármacos;
 - (ii) Denominador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA sob compromisso de vigilância.
- iv. Percentagem de inscritos com diagnóstico de HTA, com história de AVC e/ou enfarte agudo do miocárdio ocorrido nos últimos 12 meses:
 - (i) Numerador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA, com registo clínico de AVC e/ou enfarte agudo do miocárdio nos últimos 12 meses;
 - (ii) Denominador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA.
- v. Custo da prescrição dos medicamentos antihipertensores por pessoa inscrita com diagnóstico de HTA:
 - (i) Numerador: valor PVP das prescrições de antihipertensores em doentes com o diagnóstico de HTA;
 - (ii) Denominador: n.º de inscritos com diagnóstico de HTA.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. De uma forma global, a terapêutica antihipertensora deve, a médio prazo, contrariar a progressão da doença e a sua repercussão nos órgãos alvo e, a mais longo prazo, reduzir a mortalidade e morbilidade associada à HTA.
- B. O aumento da PA exerce um efeito iterado, consistente e contínuo, sem limiar de risco, no desenvolvimento da DCV.
- C. A HTA é um fator de risco reconhecido de morbilidade e mortalidade CV e renal. A partir de valores de 115/75 mm Hg, o risco CV duplica de cada vez que a PAS aumenta 20 mm Hg e a PAD aumenta 10 mmHg.
- D. Os ensaios clínicos demonstraram que, para o mesmo valor de controlo de PA, a maioria dos fármacos antihipertensores apresentavam o mesmo grau de proteção CV, particularmente se analisarmos a morbilidade e mortalidade CV. Existem, contudo, diferenças entre os vários eventos cardiovasculares obtidos, nomeadamente o AVC ou resultados não cardiovasculares, tais como a evolução de diabetes, tendo em conta as características do doente (exemplos, a raça e a presença de obesidade, antecedentes familiares e diabetes).
- E. Destas observações foram produzidos vários consensos, nomeadamente as recomendações de

2007 da *American Heart Association* e as recomendações de 2007 e atualização de 2009 da Sociedade Europeia de Hipertensão e da Sociedade Europeia de Cardiologia, em que se considerou que o maior determinante na redução do risco CV era a redução da PA e não o tipo de fármaco antihipertensor.

- F. Nos ensaios clínicos, a terapêutica antihipertensora comparada com o placebo foi associada a uma redução significativa da incidência de eventos *major* cardiovasculares (exemplo: AVC, enfarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e, de uma forma geral, em todos os eventos de natureza vascular). Contudo, a percentagem de redução não demonstra o benefício absoluto que depende da incidência das complicações cardiovasculares. Considerado o efeito agregado, a terapêutica antihipertensora durante quatro a cinco anos, previne um evento coronário em 0,7% dos doentes, um AVC em 1,3% dos doentes com um benefício total de aproximadamente 2%; este valor inclui a redução da mortalidade CV de 0,8%. Assim, o tratamento de 100 doentes durante 4 ou 5 anos, previne as complicações em dois. No entanto, este valor encontra-se subestimado devido aos estudos terem tido uma duração pequena (cinco a sete anos).
- G. Para as pessoas com 50 ou mais anos de idade, o aumento da PAS é um fator de risco mais importante que a elevação da PAD. Os benefícios demonstrados pelo tratamento em doentes com idade superior a 65 anos, muitos dos quais apresentam hipertensão sistólica isolada são, pelo menos, iguais ou superiores. Devido ao risco absoluto nesta população ser mais elevado que na anterior, ela apresenta, provavelmente, um maior benefício.

V - APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. Mário Espiga de Macedo e Carlos Gonçalves (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Paula Alcântara, Jorge Polónia, Pedro Marques da Silva, Victor Ramalinho.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. Foi ouvido o Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- E. O conteúdo científico da presente Norma foi validado pelo Professor Doutor Henrique Luz Rodrigues, responsável pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas e pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas integrando-se os contributos, recebidos durante o período de discussão pública, sustentados cientificamente e acompanhados das respetivas declarações de interesses.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

ARA	antagonista do recetor da angiotensina
AVC	acidente vascular cerebral
BCC	bloqueador da entrada do cálcio
BB	bloqueador adrenérgico beta
CV	cardiovascular
DCV	doença cardiovascular
HTA	hipertensão arterial
IECA	inibidor da enzima de conversão da angiotensina
PA	pressão arterial
PAD	pressão arterial diastólica
PAS	pressão arterial sistólica
PVP	preço de venda ao público

BIBLIOGRAFIA

Arterial hypertension. Report of a WHO expert committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1978; 628:7–56.

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Turnbull F, Neal B, et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008; 336:1121-3.

Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group: The effect of treatment on mortality in 'mild' hypertension: results of the Hypertension Detection and Follow-up Program. *N Engl J Med* 1982; 307:976–80.

Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.

Liu L, Zhang Y, Liu G, Li W, Zhang X, Zanchetti A, FEVER Study Group. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients. *J Hypertens* 2005; 23:2157–72.

Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. *Lancet* 1980; 1:1261–7.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105–87.

National Institution for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension: The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults: Clinical guidelines: Methods, evidence and recommendations. NICE. London, UK; 2011.

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. European Society of Hypertension. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009;27:2121-58.

Medical Research Council trial of treatment of mild hypertension: principal results. MRC Working Party. *BMJ* 1985; 291:97–104.

Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2007; 115:2761-88.

Staessen JA, Wang JG, Thijs L Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a quantitative overview updated until 1 March 2003. *J Hypertens* 2003;21:1055-76.

Turnbull F, Neal B, Algert C, et al. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Arch Intern Med 2005; 165:1410-9.

Weber MA, Julius S, Kjeldsen SE, et al. Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial. Lancet 2004; 363:2049-51.

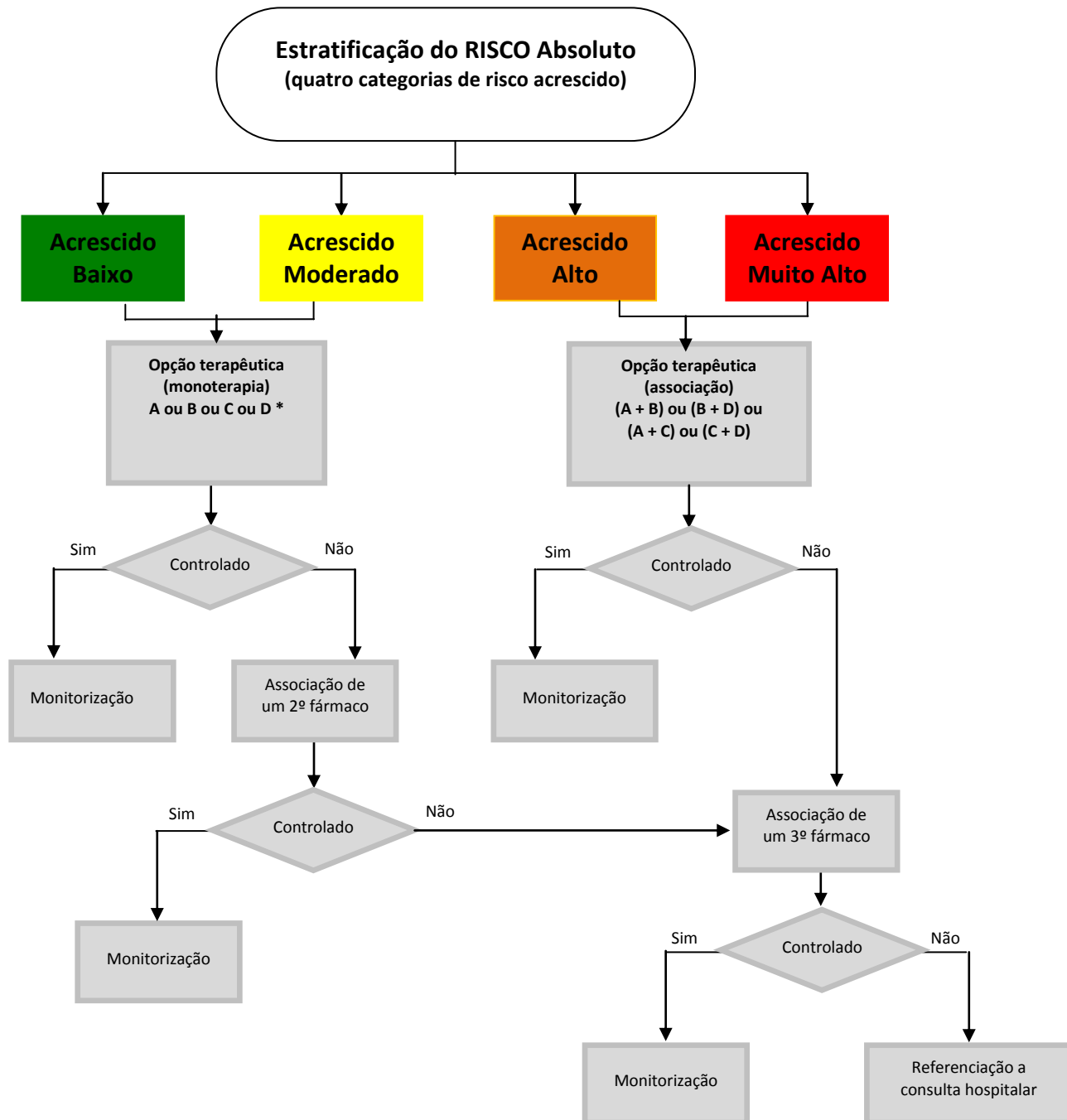
Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. J Hypertens 2009; 27:923-34.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Legenda-

A – diurético B – IECA
C – ARA D – BCC

* Em alguns indivíduos poderá estar preconizado inicialmente a alteração do estilo de vida e a introdução de monoterapia no caso de falência da abordagem não farmacológica.

Anexo II

Quadro I- Avaliação do risco absoluto

1. A graduação e classificação dos doentes quanto ao risco CV global, segundo a avaliação SCORE, não impede a avaliação do risco que se segue e que diz respeito ao risco absoluto, baseado:
 - a. nos valores da PA;
 - b. na presença de outros fatores de risco;
 - c. na presença de lesões dos órgãos-alvo;
 - d. na presença de doenças associadas,e determina o início da terapêutica antihipertensora.

2. A estratificação do risco absoluto em quatro categorias, conforme Figura n.º 1 do Quadro I em Anexo II:
 - a. risco acrescido baixo (cor verde);
 - b. risco acrescido moderado (cor amarela);
 - c. risco acrescido alto (cor laranja); e
 - d. risco acrescido muito alto (cor vermelha),todos referidos a um risco a 10 anos de um episódio CV fatal ou não fatal.

3. O termo “acrescido” indica que em todas as categorias o risco é superior ao risco médio, de acordo as cores diferentes já citadas e constantes na Figura n.º 1.

4. A linha pontilhada indica como a definição de HTA e, conseqüentemente, a decisão de início de tratamento, pode variar dependendo do nível do risco CV global.

Figura n.º 1 – Estratificação do risco absoluto em quatro categorias de risco acrescido

Pressão Arterial (em mmHg)					
Outros fatores de risco, lesão subclínica de órgão ou patologia	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alta PAS 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
Ausência de outros FR	Risco médio	Risco médio	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto
1 ou 2 FR	Risco acrescido baixo	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido moderado	Risco acrescido muito alto
3 ou mais FR, SM, LO ou DM	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto	Risco acrescido Alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto

Fonte: J Hypertens 2007; 25:1105–87

Legenda:

DCV: doença cardiovascular

DM: diabetes *mellitus*

FR: fator de risco

HTA: hipertensão arterial

LO: lesão subclínica de órgão

PAS: pressão arterial sistólica

PAD: pressão arterial diastólica

SM: síndrome metabólica

Nota (para interpretação do quadro) - a ordem crescente de risco é, em relação ao risco médio:

- (i) Risco acrescido baixo (o mais baixo risco)
- (ii) Risco acrescido moderado
- (iii) Risco acrescido alto
- (iv) Risco acrescido muito alto (o mais alto risco)

Quadro II – Tratamento anti-hipertensor: opções terapêuticas preferenciais em função de lesões ou patologia presente

	Situação clínica	Fármacos
Lesão subclínica dos órgãos alvo	HVE	IECA, BCC, ARA
	Aterosclerose assintomática	BCC, IECA
	Microalbuminúria	IECA, ARA
	Disfunção renal	IECA, ARA
Doença clínica	AVC	Qualquer antihipertensor
	Enfarte do miocárdio	BB, IECA, ARA
	Angina de peito	BB, BCC
	Insuficiência cardíaca	Diurético, BB, IECA, ARA, Espironolactona.
	Fibrilação auricular	ARA, IECA, BB, BCC (n/diidropiridinico)
	Insuficiência renal / proteinúria	IECA, ARA, diurético de ansa
	Doença arterial periférica	BCC
Outra situação clínica	HSi, idoso	Diurético, BCC
	Síndrome metabólico	IECA, ARA, BCC
	Diabetes <i>Mellitus</i>	IECA, ARA

Siglas:

ARA: antagonista do receptor da angiotensina

AVC: acidente vascular cerebral

BB: bloqueador adrenérgico beta

BCC: bloqueador da entrada do cálcio

HSi: hipertensão sistólica isolada

HVE: hipertrofia ventricular esquerda

IECA: inibidor da enzima de conversão da angiotensina

Fonte: J Hypertens 2007; 25:1105–1187

Quadro III – Tratamento anti-hipertensor: contra-indicações absolutas e relativas

Grupo fármaco / terapêutico	Contra-indicações	
	Absolutas	Relativas
Diurético tiazídico	Gota	Síndrome metabólico; Intolerância à glicose; Gravidez
Diurético anticaliurético	Hipercaliemia	
Bloqueador adrenérgico beta	Asma; Bloqueio A-V (2º e 3º grau)	Doença arterial periférica; Intolerância à glicose; Doença pulmonar crónica; Atletas e desportistas
Bloqueador da entrada do cálcio (dihidropiridínico)		Taquiarritmias; Insuficiência cardíaca
Bloqueador da entrada do cálcio (verapamil, diltiazem)	Bloqueio A-V (2º e 3º grau); Insuficiência cardíaca	
Inibidor da enzima de conversão da angiotensina	Gravidez; Edema angioneurótico; Hipercaliemia; Estenose bilateral da artéria renal	
Antagonista do recetor da angiotensina	Gravidez; Hipercaliemia; Estenose bilateral da artéria renal	

Fonte: J Hypertens 2007; 25:1105-87

Siglas:

Bloqueio A-V: bloqueio aurículo-ventricular