

Curso de especialização em Medicina Familiar

**INDIVIDUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Nome: Mario Eugenio Martinez Dominguez

Nome do Orientador: Maria Angélica Tavares de Medeiros

São Paulo, Carapicuíba. Outubro 2014.

Introdução

{A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais}. “1-2”.

{Pesquisas populacionais em todo mundo e no Brasil nos últimos 30 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%, sobretudo em populações com vários fatores de risco como obesidade, sedentarismo, consumo de álcool, fatores socioeconômicos e genéticos, pessoas com patologias associadas e com um aumento acentuado relacionado com o envelhecimento}. “2”.

O Governo Brasileiro no ano 2004 começa uma política Nacional para tentar mudar a forma dos médicos dão atendimento aos usuários no SUS, então cria a Política Nacional de Humanização do SUS, onde fala que Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, com acolhimento individualizado, formando um vínculo entre os avanços tecnológicos do SUS e o atendimento ao usuário. 3.

Tendo como objetivo a produção de saúde, nosso dever como profissional é mudar a forma de olhar aos pacientes, supõe também a inclusão dos pacientes e familiares em os tópicos de saber e conhecer sobre suas doenças, oferecendo a eles uma parte ativa no processo de manter e recuperar seu estado de saúde. Consideramos este atendimento onde se inclui aos pacientes, familiares e profissionais um processo complexo de ensino-aprendizagem onde todos tem uma participação ativa alcançando modificações do tratamento e estilos de vida a partir de experimentações concretas a o longo do tempo. 3;12.

Em no município de Carapicuíba, SP, a partir da demanda de atendimento de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da UBS foi possível observar: em primeiro lugar, um número elevado de pacientes portadores de Hipertensão arterial com baixa adesão ao tratamento, ocasionando o aumento da prescrição de

medicamentos de uso contínuo, sem parâmetros de um consenso científica na hora de indicar os mesmos. Em segundo lugar o desconhecimento pelos pacientes dos riscos que levam a manter cifras de Tensão Arterial elevadas, e, por último, os elevados gastos econômicos que trazem a não individualização do tratamento.

Deste modo, o objetivo deste trabalho é alcançar, de modo geral, um consenso dentro de a comunidade medica para individualizar o tratamento da Hipertensão Arterial desde um enfoque científico e humano.

Objetivos

Objetivo Geral

1. Ampliar e divulgar os conhecimentos sobre a terapêutica individualizada na Hipertensão Arterial Sistêmica a todo o pessoal que labora na Saúde do Brasil.

Objetivos Específicos

1. Estabelecer protocolos de tratamentos individualizados em pacientes portadores de patologias associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica.
2. Diminuir o custo do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica com a redução de as quantidades de drogas indicadas para cada paciente.
3. Humanizar os objetivos de tratamento de os pacientes atendidos por o SUS.

Revisão Bibliográfica

Uma vez identificado o paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e estabelecida a necessidade de tratamento farmacológico, será possível eleger o fármaco adequado a cada caso, de acordo com a patologia associada o seu estratificação de risco associado, o seja ficara baseada em as características do paciente 4.

Naqueles pacientes que não apresentem uma indicação específica pode ser começado o tratamento com um medicamento dos grupos seguintes; Diuréticos (Tiazidas), antagonistas do cálcio de larga duração (dihidropiridínicos), Inibidores da enzima conversora da Angiotensina (IECA), Antagonistas de Angiotensina (ARA II) e Bloqueadores Betas 5;12.

Para os grupos específicos, ou seja, com doenças associadas e fatores de risco associados, se indicará um medicamento que concorde com suas patologias, que não apresente risco de agravamento das mesmas e que possam trazer benefícios e melhoria também às suas doenças 10; 11.

O princípio do tratamento se tentará alcançar são os seguintes: a terapêutica medicamentosa deve ser iniciada com as doses menores possíveis e, se necessário, com aumento gradual ou associado a outros, com o mínimo de complicações, o custo deve ser compatível com as condições socioeconômicas do paciente. Para permitir a continuidade do tratamento, será realizado um trabalho educativo de conscientização da necessidade do tratamento para que o paciente tenha uma aderência permanente. Além disso, deverá ocorrer um acompanhamento regular para ajustes de doses e diagnóstico precoce de complicações cardiovasculares. 7; 8; 9.

A individualização terapêutica no tratamento Hipertensão Arterial sistêmica deve ter como premissa fundamental a valoração do paciente respeito a idade, sexo, raça, fatores de risco e doenças associadas e no segundo lugar as características do fármaco a usar , si tem alguma indicação preferente o si é contraindicada sua utilização no usuário.14

Metodologia

Cenário do estudo.

Pesquisou-se a toda a população cadastrada de nossa área de abrangência, enfatizando a todos os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, identificando a aqueles que apresentavam patologias associadas, sinalando um grupo de elas que por sua estratificação de risco associado poderiam aumentar os perigos de agravamento e morte de os pacientes portadores delas.

Sujeitos da intervenção.

Se pesquisam a totalidade de os prontuários de todos os pacientes hipertensos, discriminando os que tenham patologias associadas a Hipertensão, escolhendo a aqueles com Diabetes Mellitus, Patologias Respiratórias crônicas, Cardiopatias, Doenças Renais crônicas, Idosos, Doenças Cerebrovasculares e outras patologias que precisarem acompanhamento concomitante com Hipertensão.

Estratégias e ações.

Existe um amplo consenso mundial que relata as bondades de uma terapia medicamentosa individualizada em todos os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, depois de uma ampla revisão de bibliografia atualizada e trabalhos no mundo e em Brasil, chegamos a propor-nos objetivos específicos respeito a o melhor tratamento de nossos pacientes que são atendidos em nosso PSF, enfatizando em uma terapêutica que brinde a eles um menor custo, uma melhor qualidade de vida com menos efeitos colaterais e de essa forma reduzir consideravelmente os investimentos dedicados á Saúde por custo de tratamento de doenças crônicas.

De esta forma se aplicaram uma vez avaliados protocolos terapêuticos individualizados onde primem os princípios de humanização de a atenção medica no Brasil, a diminuição de os desconfortos por efeitos colaterais, uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de tempo sem apresentar complicações por suas doenças aqueles pacientes portadores.

Em os pacientes Idosos se proporá uma terapêutica inicial com diuréticos Tiacídicos em baixas doses, de ser necessário agregar outro medicamento pode-se combinar com antagonistas do cálcio dihidropiridínicos ou um IECA o ARA II 17, Não se recomenda a utilização de Betabloqueadores por sua provada falta de eficácia em a prevenção de acidentes vasculares encefálicos.

Os Portadores de Cardiopatias com Infarto do Miocárdio anterior se recomenda começar o tratamento Betabloqueadores com doses individualizadas, pois diminuem o consumo de oxigênio por o musculo cardíaco a expensas de a diminuição de a frequência cardíaca, diminuição de a tensão de a parede e diminuição de a contractilidade, si precisarem outra droga se deve agregar IECA por seu efeito cardioprotetor 16. Em pacientes que apresentam Ineficiência Cardíaca Congestiva se recomenda o uso de diuréticos Tiacídicos ou de Asa como terapêutica inicial, associados ou não a IECA e ARA II 15, logrando uma notável sobrevida e diminuem a mobilidade em todos os grados de a doença. Em aqueles pacientes portadores de Fibrilação Auricular estabelecida deve-se começar o tratamento com Betabloqueadores ou antagonistas do cálcio não dihidropiridínicos (Diltiazem ou Verapamilo)

Os pacientes que apresentem concomitantemente a Hipertensão Arterial Sistêmica uma doença Renal Crônica o uso de terapia baseada em medicamentos que atuem sobre o sistema Renina-Angiotensina, pois ao mesmo tempo em que tem um efeito hipotensor tinem um efeito em a diminuição da proteinuria 18. Por em se recomenda o uso dos IECAS e ARA II.

Os Pacientes que apresentam patologias Cerebrovasculares as evidenciam há demostrado que o uso de antagonistas do cálcio dihidropiridínicos tinem um efeito preventivo de recidivas maior que o resto 19.

Em aqueles pacientes portadores de Hiperplasia Prostática obstrutiva o uso de alfa Bloqueador melhoram os sintomas, pois diminuem os efeitos sobre os alfas receptores da próstata 21.

Em pacientes que apresentam Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica tinem contraindicados os Betabloqueadores por seus efeitos broncoconstrictores, mais tem indicações os IECA e os ARA II, si os efeitos colaterais de os IECA produzirem tosse 20.

Avaliação e Monitoramento

Depois de criado e definido o conteúdo dos protocolos e começado a pratica de implementar os mesmo em toda a população alvo, para avaliar os resultados pesquisaremos exaustivamente u progresso de suas patologias associadas e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica de forma trimestral com controles

necessários em cada caso individualizado, dependendo de o progresso o não de os sintomas e os parâmetros químicos e hemodinâmicos de cada paciente. Se realizaram encaminhamentos necessários em aqueles pacientes que precisem avaliação especializada melhorando de essa forma a relação entre os níveis de atenção médica primário e secundário, com uma monitorização em seus domicílios em aqueles pacientes que precisem visita domiciliar de forma mensal.

Resultados Esperados

Com a implementação de os protocolos os equipes de saúde de nossa unidade esperam uma melhoria geral de todos os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, uma maior adesão a os tratamentos por ser mais individualizado e por em mais centrados em suas patologias associadas, com um menor custo promedio de tratamento e uma maior esperança de qualidade de vida em geral.

Com uma atenção domiciliar em aqueles pacientes que o precisam logramos um menor índice de complicações de os pacientes com o reconhecimento imediato de signos e sintomas de descontrole de suas patologias e medidas a tempo para lograr restabelecimento de seu estado de controle.

Ao final si logramos estabelecer que os protocolos de tratamento sejam seguidos em nossos pacientes, evitaremos gastos desnecessários por o sistema de Saude, melhoraremos a qualidade de vida de os pacientes em geral e ficaremos logrando uns de os objetivos de o SUS a humanização de a atenção medica em todo o sistema.

Cronograma

ACTIVIDADES ANO 2014	ABRIL	MAIO	JUNHO	AGOSTO	SETEMBRO	OCTUBRO	NOVEMBRO
Elaboração do projeto	X	X					
Aprovação do projeto			X				
Revisão Bibliográfica				X			
Coleta de dados			X	X			
Discussão e análise dos resultados					X	X	
Revisão final e digitação						X	
Entrega do trabalho final						X	X
Socialização do trabalho							X

Referencias Bibliográficas.

1. Freeman R. Prática Clínica. Hipotensão Ortostática Neurogênica. N England J Med 2008; 358(6): 615–624.
2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext.
3. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. 6-7. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf
4. Ogihara T, Kikuchi, Matsuoka H, Fujita T, Higaki J, Horiuchi M, et al. Sociedade Japonesa de Hipertensão, Guias para o manejo de Hipertensão (2009) Hypertens Res. 2009; 32(1):3-107.
5. Coca A, Aranda P, Bonet A, Esmatjes E, Guillén F y cols.: Estrategias para el control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. SEMERGEN 32: 330-333, 2006.
6. Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly AHA/ACC 2011 Vol. 57, No. 20, 2011 ;JACC 2011.
7. Feldman RD, Zou GY, Vandervoort MK, Wong CJ, Nelson SAE, Feagan BG. A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension. A cluster randomized, controlled trial. Hypertension. 2009;53:646-53
8. Franklin SS, Neutel JM. Initial combination of therapy for rapid and effective control of moderate and severe hypertension. J Hum Hypertens. 2009;23:4-11
9. 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.
10. Reboldi G, Gentile G, Angeli F, Ambrosio G, Mancia G, Verdecchia P. Effects of intensive blood pressure reduction on myocardial infarction and stroke in diabetes: a meta-analysis in patients. J Hypertens 2011; 29:1253–1269.

11. Haller H, Ito S, Izzo JL Jr, Januszewicz A, Katayama S, Menne J, et al., ROADMAP Trial Investigators. Olmesartan for the delay or prevention of microalbuminuria in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2011; 364:907–917..
12. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. Protocolos. Brasília 2001. 47-51. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf.
13. Cartilhas da Política da Nacional de Humanização do SUS. Atenção Básica: espaço privilegiado na construção de um SUS humanizado. 42-44. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf.
14. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al.; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560-72.
15. Kostis JB. The effect of enalapril on mortal and morbid events in patients with hypertension and left ventricular dysfunction. *Am J Hypertens* 8: 909-14, 1995.
16. Bendersky M, Piskorz D, Boccardo D. Cardiopatía Hipertensiva. *Rev Fed Arg Cardiol* 2002; 31:321-334.
17. Magnani A: Should a diuretic always be the first choice in patients with essential hypertension j. *Am Soc Nephrol* 16: 70-73, 2005.
18. [Menne J](#), [Farsang C](#), [Deák L](#), Klebs S, Meier M, Handrock R, et al. Valsartan in combination with lisinopril versus the respective high dose monotherapies in hypertensive patients with microalbuminuria: the VALERIA trial. *J Hypertens* 2008; 26(9):1860-7.
19. Horn J, Limburg M. Calcium antagonists for ischaemic stroke (Cochrane review). En: *The Cochrane Library*, issue 1, 2000. Oxford, UK.

20. Dart RA, Gollub S, Lazar J, Nair C, Schroeder D, Woolf SH. Treatment of systemic hypertension in patients with pulmonary disease: COPD and asthma. *Chest* 2003; 123:222–243.
21. Wilt TJ, Howe W, MacDonald R. Terazosin for treating symptomatic benign prostatic obstruction: a systematic review of efficacy and adverse effects. *BJU Int* 2002;89:214-25.