



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS PESQUISA E EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O SUS (NUEPES)
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

FERNANDA VIEIRA DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA
UNIDADE DE SAÚDE DE JARDIM DO MULATO-PI**

TERESINA

2018

Fernanda Vieira da Silva

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA
UNIDADE DE SAÚDE DE JARDIM DO MULATO-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em saúde da família e comunidade,
como requisito parcial à obtenção do título de
especialista.

Kellyane Folha Gois

TERESINA

2018

Fernanda Vieira da Silva

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA
UNIDADE DE SAÚDE DE JARDIM DO MULATO-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em saúde da família e comunidade,
como requisito parcial à obtenção do título de
especialista.

Aprovada em _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

1º membro da banca - Nome do (a) tutor (a)

2º membro da banca

3º membro da banca

RESUMO

No que se refere à DCNT, a incidência de hipertensão arterial tem afetado a várias de pessoas no mundo, ocasionando danos à saúde, causando grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira. Após a realização do diagnóstico situacional no município de Jardim do Mulato-PI devido à alta incidência de pacientes com hipertensão arterial, e fatores de riscos e complicações teve como objetivo avaliar o risco cardiovascular dos hipertensos através da estratificação de risco e uma ação preventiva e por consequência uma diminuição da morbimortalidade através de uma abordagem mais específica e nos casos de maior risco intervir de forma correta, proporcionando um diagnóstico precoce, trazendo assim um grande benefício para os pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Promover palestras e aprimorar e qualificar o atendimento da equipe da ESF através da implantação da estratificação do risco cardiovascular deve aperfeiçoar o acompanhamento dos hipertensos. É importante lembrar que na estratificação de risco, um indivíduo ter sido classificado, naquele momento, em baixo risco não significa que o mesmo permanecerá durante toda a sua vida. O mesmo ocorre com um indivíduo classificado em moderado ou alto risco.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Fatores de risco, Risco Cardiovascular.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFPI - Universidade Federal do Piauí

CMS - Conselho Municipal de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis

UBS – Unidade Básica de Saúde

HA- Hipertensão Arterial

DCV- Doença Cardiovascular

DIC- Doenças Isquêmicas do Coração

DCbV- Doença Cerebrovascular

DH- Doenças Hipertensivas

ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva

PA- Pressão Arterial

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

AVC-Acidentes Vascular Cerebral

ERF-Escore Risco de Framingham

ERR- Escore de Risco de Reynolds

ERG- Escore de Risco Global

RTV- Risco pelo Tempo de Vida

PAS- Pressão Arterial Sistólica

PAD- Pressão Arterial Diastólica

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

DRC- Doença Renal Crônica

DM- Diabetes Melittus

LOA- Lesão em órgão-alvo

ECG- eletrocardiograma

ECO- ecocardiograma

EMI- espessura mediointimal

IMVE- índice de massa ventricular esquerda

VOP- velocidade da onda de pulso

ITB- índice tornozelo-braquial

RFG-e- ritmo de filtração glomerular estimado.

ESF- Estratégia Saúde da Família

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUMÁRIO

| | PG |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.2OBJETIVOS | 11 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 11 |
| 3. PLANO OPERATIVO | 21 |
| 4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO | 22 |
| 5. CONCLUSÃO | 23 |
| REFERÊNCIAS | 24 |
| ANEXOS | |

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Análise de situações problemas do seu território

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a 72% das causas de morte, tornando-se um grande problema de saúde pública no Brasil e sendo responsáveis por grande número de internações, como também estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial é uma condição clínica relacionada a várias causas, é caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. É o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, cerebrovascular e renal, podendo se mostrar mais grave na presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade e diabetes e diabetes mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A hipertensão primária, podendo ser chamada de essencial, é a mais comum, é a hipertensão em que não existe nenhuma causa identificável. Já a hipertensão secundária é a hipertensão onde a causa é identificada, como exemplo a doença parenquimatosa renal, feocromocitoma, determinados medicamentos e a gravidez (BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

O interesse no tema veio a partir da vivência de trabalho na Unidade de Saúde Manoel Soares da Silva no município de Jardim do Mulato-PI e observou-se o alto índice de pacientes hipertensos e aumentando a cada dia o atendimento desses pacientes e expondo aos fatores de risco para doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e insuficiência renal, podendo provocar lesão nos órgãos-alvo (coração, rins, cérebro e olhos).

Dessa forma, avaliar o risco cardiovascular dos hipertensos através da estratificação de risco e uma ação preventiva e por consequência uma diminuição da morbimortalidade através de uma abordagem mais específica e nos casos de maior risco intervir de forma correta, proporcionando um

diagnóstico precoce, trazendo assim um grande benefício para os pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS).

1.2– Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral:

- Implantar o protocolo de estratificação de risco cardiovascular para portadores de hipertensão arterial.

1.2.2 Objetivos Específicos:

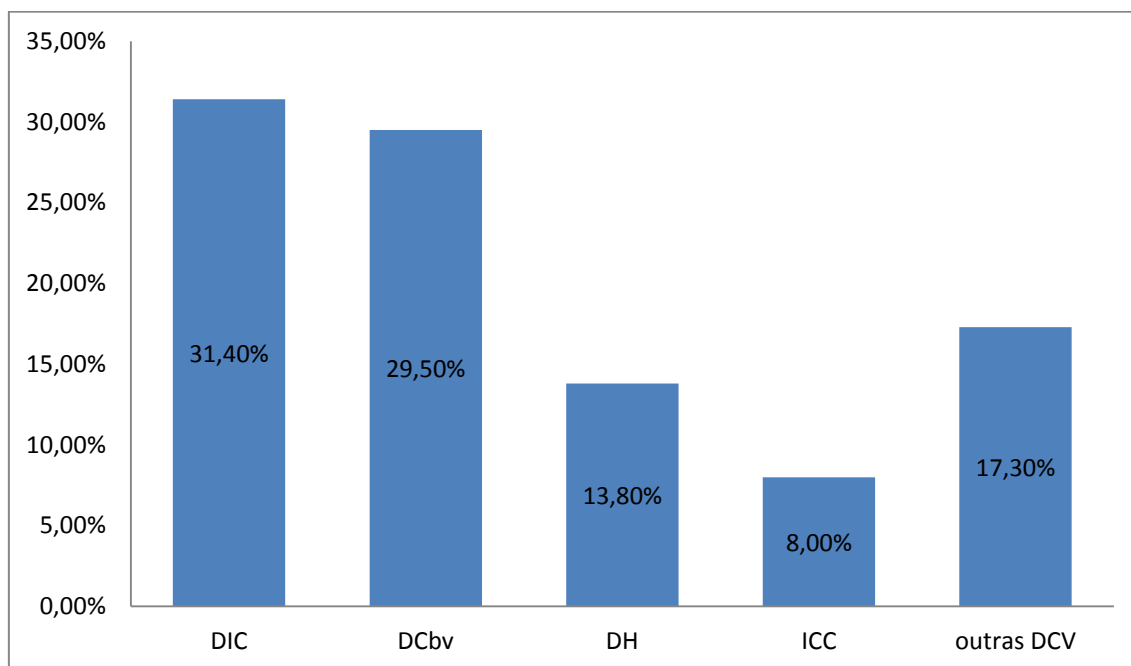
- Realizar busca ativa dos portadores de HA;
- Identificar os fatores de risco presentes nos pacientes atendidos por Hipertensão Arterial;
- Treinar profissionais da saúde para preenchimento do instrumento para estratificação de risco cardiovascular.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial (HA) é caracterizada por ser uma doença crônica não transmissível e um grande problema de saúde pública mundial. Por ter alta prevalência, é responsável por elevado número de óbitos decorrentes da sua cronicidade, além de necessidade de assistência multiprofissional (RÊGO, et al, 2018).

A hipertensão arterial pode ser considerada uma das principais causas de morbimortalidade e complicações cardiovasculares, afeta um grande número da população idosa que por sua vez está relacionada com algum tipo de incapacidade física para esse idoso. Dessa forma, gera um grande número de internação hospitalar e também a ampliação da assistência na atenção básica (FERREIRA et al, 2017).

Figura 1: Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2013



DIC: doenças isquêmicas do coração; DCbv: doença cerebrovascular; DH: doenças hipertensivas; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

O controle da HA visa diminuir as complicações, e isso se dá através do diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes de Atenção Básica, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial é realizada através da confirmação do diagnóstico, a suspeita e identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular, e também devem ser investigadas as lesões de órgão-alvo e doenças associadas também devem ser investigadas. Para realizar a avaliação a medição da PA é feita no consultório, exame físico e investigação clínica e laboratorial. A PA é classificada como normal, pré-hipertensão e hipertensão estágios 1, 2, e 3, para adultos por meio de medidas casuais de consultório (SBC, 2016).

Quadro 1: Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

| CLASSIFICAÇÃO | PAD (mmHg) | PAS (mmHg) |
|--------------------------|------------|------------|
| NORMAL | ≤ 120 | ≤ 80 |
| PRÉ-HIPERTENSÃO | 121-139 | 81-89 |
| HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1 | 140 – 159 | 90 – 99 |
| HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2 | 160 – 179 | 100 - 109 |
| HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016

Os fatores de risco que contribuem para a prevalência da hipertensão arterial, tais como a idade, sexo e etnia (entre mulheres e pessoas da raça negra), excesso de peso e obesidade, ingestão de sal (o consumo máximo recomendado é de 2g/dia), ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para avaliar a gravidade da doença cardiovascular, foram criados os chamados escores de risco e algoritmos que são: o Escore de Risco de Framingham (ERF), o Escore de Risco de Reynolds (ERR), o Escore de Risco Global (ERG) e o Risco pelo Tempo de Vida (RTV) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Quadro 2: Classificação de Risco global, segundo escore de Framingham

| CATEGORIA | EVENTO CARDIOVASCULAR |
|----------------|---|
| RISCO BAIXO | Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo |
| RISCO MODERADO | Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo. |
| RISCO ALTO | Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano). |

Fonte: BRASIL, 2006.

A estratificação de risco para doença cardiovascular realizada através do escore de Framingham é para identificar os pacientes com risco aumentado para eventos cardiovasculares, sendo muito importante na prevenção da doença cardiovascular, tendo em vista a multiplicidade de fatores de risco cardiovasculares que possam estar presentes em um indivíduo (SOARES et al, 2014).

Tabela 2: Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

| | PAS 130-139 ou PAD 85-89 | HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99 | HAS Estágio 2 PAS 179 ou PAD 100-110 | HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 |
|--|---------------------------------|---|---|---|
| Sem fator de risco | Sem Risco Adicional | Risco Baixo | Risco Moderado | Risco Alto |
| 1-2 fatores de risco | Risco Baixo | Risco Moderado | Risco Alto | Risco Alto |
| ≥ 3 fatores de risco | Risco Moderado | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto |
| Presença de LOA, DCV, DRC ou DM | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto |

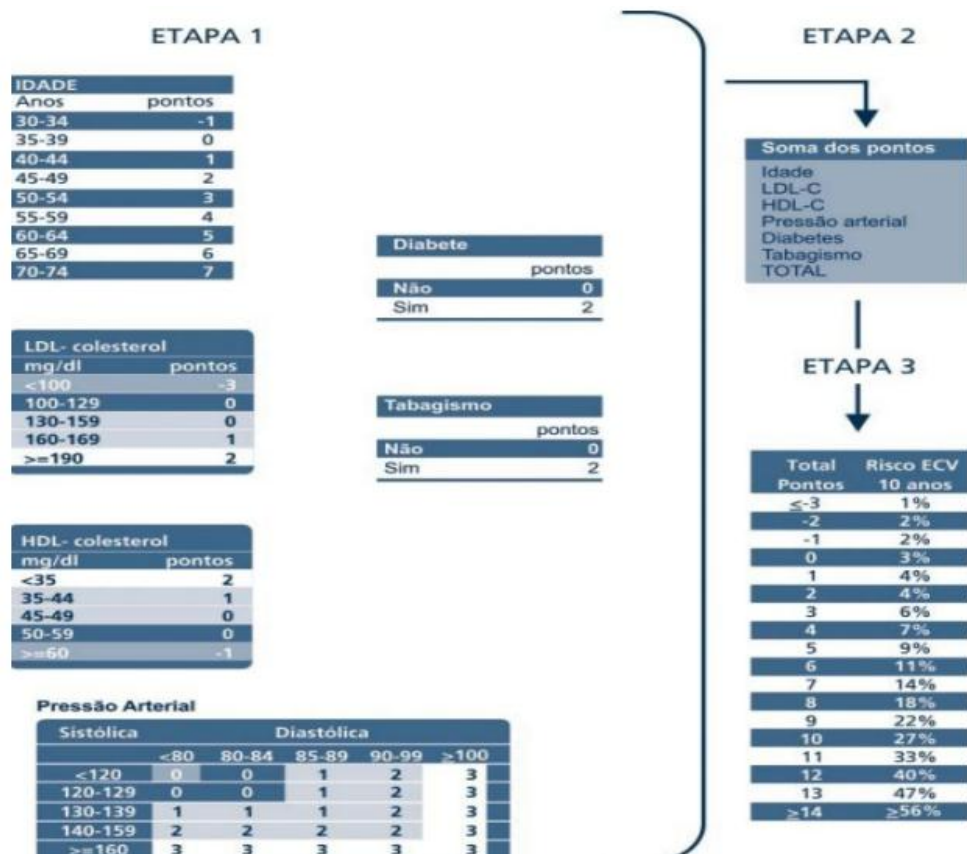
PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

FONTE: SBC,2016.

O escore de Framingham avalia o risco cardiovascular em 10 anos e classifica o paciente em baixo, moderado e alto risco. O escore de risco cardiovascular global incluiu os riscos para futuros eventos cardiovasculares como o acidente vascular cerebral, evento isquêmico transitório e insuficiência cardíaca e também o conceito de "Idade Vascular" objetiva ajustar a idade do paciente à sua carga aterosclerótica (SOARES et al, 2014).

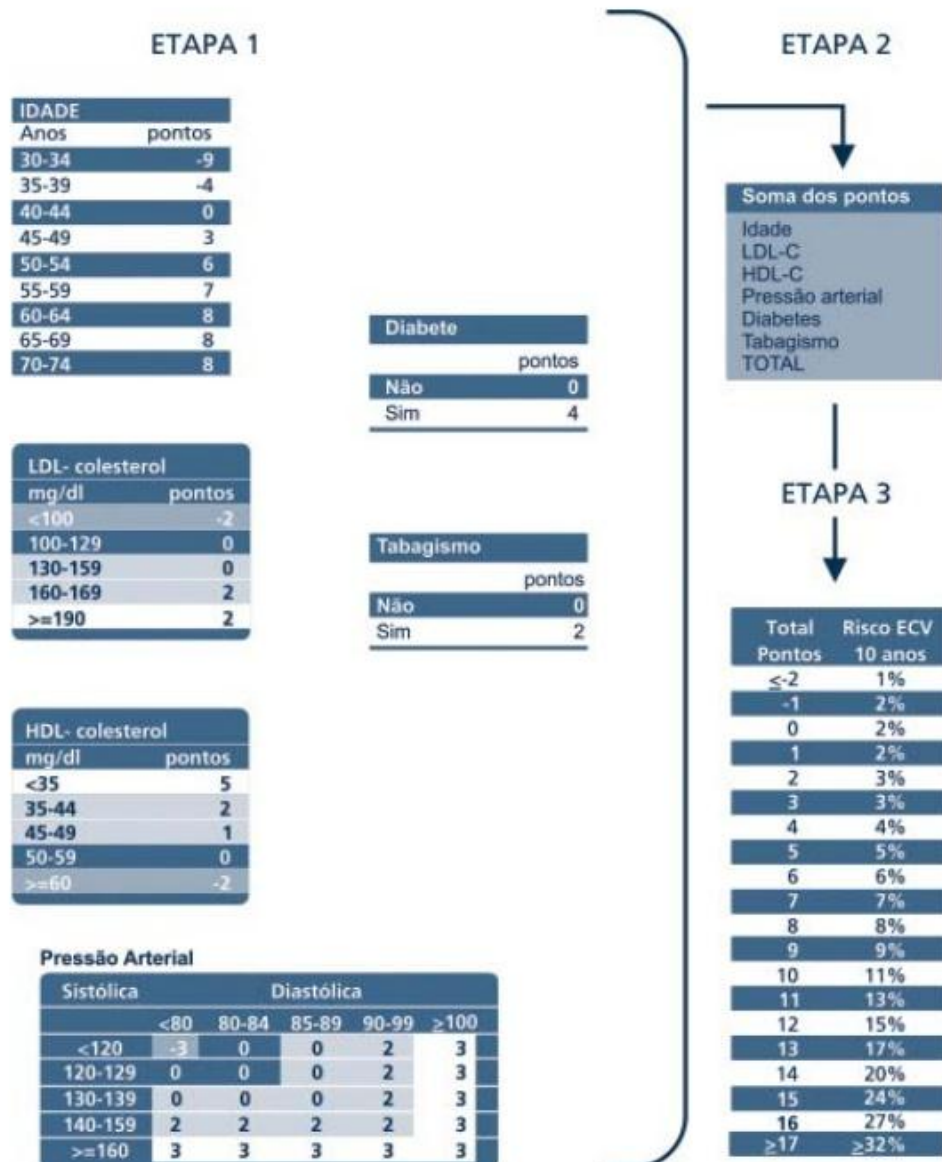
A Estratificação de Risco de Framingham pode ser realizada pelo médico e/ou enfermeiro da unidade de saúde. A escala com os indicadores é diferenciada para pacientes do sexo feminino e masculino(Figuras 2 e 3).

Figura 2: Escore de Framingham revisado para homens.



Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Figura 3: Escore de Framingham revisado para mulheres.



Fonte: BRASIL, 2006.

Para a estratificação de risco utiliza-se o valor da pressão arterial, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus e lesão em órgão-alvo. O paciente é imediatamente classificado como de alto risco, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento cardiovascular em 10 anos é muito grande (SBC, 2016).

Tabela 2: Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso

-
- Sexo masculino
 - Idade
 - Homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 65 anos
 - História de DCV prematura em parentes de 1º grau
 - Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
 - Tabagismo
 - Dislipidemia
 - Colesterol total > 190 mg/dl e/ou
 - LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou
 - HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou
 - Triglicerídeos > 150 mg/dl
 - Resistência à insulina
 - Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl
 - Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas
 - Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
 - Obesidade
 - IMC ≥ 30 kg/m²
 - CA ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres
-

Tabela 3: Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso

-
- Hipertrofia ventricular esquerda
 - IECG: índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) ≥ 35 mm
 - IECG: RaVL > 11 mm
 - IECG: Cornell voltagem > 2440 mm*ms
 - IEEO: IMVE > 115 g/m² nos homens ou > 95 g/m² nas mulheres
 - EMI da carótida $> 0,9$ mm ou placa carotídea
 - VOP carótido-femoral > 10 m/s
 - ITB $< 0,9$
 - Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30-60 mL/min/1,73m²)
 - Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300 mg/g

ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura mediointimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

FONTE: SBC, 2016

TABELA 4: Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso

-
- Doença cerebrovascular
 - AVE isquêmico
 - Hemorragia cerebral
 - Ataque isquêmico transitório
 - Doença da artéria coronária
 - Angina estável ou instável
 - Infarto do miocárdio
 - Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica
 - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada
 - Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
 - Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73m²) ou albuminúria > 300 mg/24 h
 - Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

FONTE: SBC, 2016

3- PLANO OPERATIVO

| Situação problema | OBJETIVOS | METAS/ PRAZOS | AÇÕES/ ESTRATÉGIAS | RESPONSÁVEIS |
|---|---|---|---|---|
| O aumento da incidência dos casos de hipertensão arterial no município | Identificar os principais fatores de risco da hipertensão arterial | Analisar os casos de hipertensão arterial notificados no SINAN Prazo: 03 meses | Coletar dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN referente ao município Realizar reuniões de discussão de casos e análises de notificações. | Enfermeira Digitador SMS ESF ACS |
| Falta de conhecimento dos hipertensos sobre os fatores de risco e complicações relacionadas à hipertensão | Fazer atividades educativas com a comunidade, orientando sobre a doença e os principais fatores de riscos e complicações. | Orientar a população sobre a hipertensão arterial Prazo: 03 meses | Realizar palestras educativas para hipertensos Capacitar os ACS multiplicarem o conhecimento Solicitar o apoio do Núcleo de Apoio e Saúde da Família para a realização das atividades educativas com a comunidade | Médico Enfermeira ACS NASF |
| Falta de instrumento para | Treinar os profissionais de saúde | Classificar todos os pacientes | Capacitação das Equipes de Saúde da | Gestores Médicos Enfermeiros |

| | | | | |
|--|---|--|---|-----|
| estratificação quanto ao grau de risco | quanto ao preenchimento da ficha de estratificação de risco | hipertensos de acordo o risco cardiovascular Prazo: 3 meses | Família e NASF sobre hipertensão arterial e os fatores de risco; Elaborar protocolo de atendimento de pacientes com hipertensão arterial definindo a função de cada membro da equipe; Adaptar no cronograma mais atendimentos a esses usuários de acordo com a necessidade; | ACS |
|--|---|--|---|-----|

4 – PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

A proposta inicial para o projeto de intervenção com os pacientes portadores de hipertensão será o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular. O cadastramento e a estratificação serão realizados durante a procura dos usuários na unidade básica para consultas agendada ou livre demanda, poderá também ser encaminhados pelo ACS quando conhecedores

de hipertensos e não hipertensos (para diagnóstico) com fatores de risco. A ficha de cadastramento se encontra no anexo 1.

Para realização das palestras educativas, a proposta é a participação dos profissionais de da saúde da ESF e também o apoio do NASF, após discussão da proposta em reunião na unidade de saúde. As palestras terá uma periodicidade mensal a princípio e após essa etapa poderá ser quinzenal para abranger todos os usuários.

Para a realização do plano de intervenção serão necessários recursos humanos (ver a disponibilidade dos profissionais da ESF e NASF) e materiais (esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças, cópias de fichas para estratificação).

5 - CONCLUSÃO

A Hipertensão arterial é uma doença de grande incidência no município, promover palestras e aprimorar e qualificar o atendimento da equipe da ESF através da implantação da estratificação do risco cardiovascular deve aperfeiçoar o acompanhamento destes hipertensos. É importante lembrar que na estratificação de risco, um indivíduo ter sido classificado, naquele momento, em baixo risco não significa que o mesmo permanecerá durante toda a sua vida. O mesmo ocorre com um indivíduo classificado em moderado ou alto risco.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília, 2013.

Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2014.

Ferreira, Jerry Deyvid Freires; Moreira Rafaella Pessoa; Maurício Tibelle Freitas et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos. *Rev enferm UFPE*. V. 11, n. 12, p.4895-905, 2017.

Rego, Anderson da Silva; Laqui, Victória dos Santos; Trevisan, Fernanda Gatez et al. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *Cogitare Enferm*. V. 23, n. 1, 2018.

SOARES, Thays Soliman et al . Hábitos Alimentares, Atividade Física e Escore de Risco Global de Framingham na Síndrome Metabólica. *Arq. Bras. Cardiol*. v. 102, n. 4, p. 374-382, 2014

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 101, Nº 6, Supl. 2, Dezembro 2013.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

ANEXO 1

| | | | |
|--|---------------------------|------------------|------------|
| IDENTIFICAÇÃO: | | | |
| Nome: _____ | | DN: _____ | |
| _____/_____/_____ | | | |
| Profissão: _____ | | Idade: _____ | |
| Endereço: _____ | | | |
| Sexo: _____ | | | |
| Peso: _____ kg | | Cintura _____ cm | |
| Altura: _____ m | | IMC: _____ kg/m | |
| Circunf. Abdominal: _____ cm Razão cintura/quadril: _____ | | | |
| AValiação Clínica-Indicadores de Risco | | | |
| | | SIM | NÃO |
| 1. Idade: _____ | ♀ >55 anos | | |
| | ♂ >45 anos | | |
| 2. H. Familiar de complicações CV em familiar de 1º grau (<55 anos homem e <65 anos mulher: Qual? _____ | | | |
| 3. Distúrbio do metabolismo de glicose*prévio ou atual: Qual? _____ *DM, DMG, intolerância à glicose, glicemia de jejum alterada. | | | |
| 4. Dislipidemia: Qual? _____ | | | |
| 5. Tabagismo | | | |
| 6. Alcolismo | | | |
| 7. Sedentarismo | | | |
| 8. Doença Renal Crônica | | | |
| 9. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (Pré-ecâmpsia) | | | |
| 10. Obesidade | IMC >30 Kg/m | | |
| | Circunferência abdominal: | ♀ >88cm | |
| | | ♂ >102cm | |
| | Razão cintura/quadril: | ♀ >0,85 | |
| ♂ >0,95 | | | |
| 11. Pressão Arterial: <input type="checkbox"/> normal ($\leq 120 \times \leq 80$ mmHg) <input type="checkbox"/> Pré-Hipertensão (121-139x100-109) <input type="checkbox"/> H. Estágio 1 (140-159x90-99) <input type="checkbox"/> H. Estágio 2 (160x179x100-109) <input type="checkbox"/> H. Estágio 3 ($\geq 180 \times 110$) | | | |
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO | | | |
| Framingham (Baixo /Moderado/Alto) | | | |
| Lesões órgão alvo (descrever) | | | |

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

| | | | | | | | |
|---------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | |
| | Apresentação | | | | | | |
| Hidroclorotiazida 25mg | | | | | | | |
| Captopril 25mg | | | | | | | |
| Propranolol 40 mg | | | | | | | |
| Enalapril 10 mg | | | | | | | |
| Atenolol 25 mg | | | | | | | |
| Metformina 500 mg | | | | | | | |
| Metformina 850 mg | | | | | | | |
| Glibenclamida 5mg | | | | | | | |
| Insulina NPH | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | |
| Glicemia de Jejum | | | | | | | |
| HGT | | | | | | | |
| Hemoglobina glicosilada | | | | | | | |
| Colesterol total | | | | | | | |
| HDL | | | | | | | |
| LDL | | | | | | | |
| Triglicerídeos | | | | | | | |
| Creatinina Sérica | | | | | | | |
| Potássio sérico | | | | | | | |
| Triglicerídeos | | | | | | | |
| EQU | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Infecção urinária Proteinúria Corpos cetônicos Sedimento | | | | | | | |
| Microalbuminúria | | | | | | | |
| Proteinúria de 24h | | | | | | | |
| TSH | | | | | | | |
| ECG | | | | | | | |
| Hemograma Hematócrito Hemoglobina VCM CHCM Plaquetas | | | | | | | |

Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

| | PAS 130-139 ou PAD 85-89 | HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99 | HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100- 10 | HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 |
|--|-------------------------------------|---|---|---|
| Sem fator de risco | Sem Risco Adicional | Risco Baixo | Risco Moderado | Risco Alto |
| 1-2 fatores de risco | Risco Baixo | Risco Moderado | Risco Alto | Risco Alto |
| ≥ 3 fatores de risco | Risco Moderado | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto |
| Presença de LOA, DCV, DRC ou DM | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto | Risco Alto |

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.