

# ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA SUSPEITA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE CAUSA SECUNDÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - GUIA DE ABORDAGEM INICIAL

## DIAGNOSTIC APPROACH TO ARTERIAL HYPERTENSION OF SUSPECTED SECONDARY CAUSE IN PRIMARY HEALTH CARE - A GUIDE TO THE INITIAL APPROACH

António Mateus-Pinheiro<sup>1,2\*</sup>, Ana Carreira<sup>3\*</sup>, Rita Silva<sup>4\*</sup>, Vítor Coutinho-Teixeira<sup>5</sup>, Rogério Ferreira<sup>1,2,□</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

<sup>4</sup> Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>5</sup> Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela, ACeS do Alto Ave, Portugal

\* Os autores contribuíram de igual forma para o trabalho.

□ Autores correspondentes: apinheiro@chuc.min-saude.pt e rogerioferreira@chuc.min-saude.pt

<https://doi.org/10.58043/rphrc.122>

**Palavras-Chave:**  
hipertensão arterial secundária;  
cuidados de saúde primários;  
hipertensão resistente;  
risco cardiovascular

### Resumo

A hipertensão arterial (HTA) de causa secundária corresponde a 5 - 10% dos casos de HTA, apresentando morbimortalidade acrescida em comparação com a HTA primária. Por outro lado, tem origem em patologias potencialmente tratáveis e reversíveis, com abordagem específica, o que torna fundamental a sua identificação o mais precocemente possível. O médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) é, geralmente, o primeiro ponto de contacto do doente com o sistema de saúde e o prestador de cuidados de continuidade, pelo que tem um papel essencial na identificação precoce de HTA secundária, bem como na referência atempada do doente para a consulta hospitalar especializada, quando justificado. Nesta série de artigos, propomos uma abordagem prática e simplificada (mas não simplista) no diagnóstico da HTA, com suspeita de causa secundária, no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Pretende-se, assim, que o presente guia diagnóstico, estruturado em várias partes, sirva de apoio ao médico de MGF na abordagem do doente com HTA de presumível causa secundária, naquela que deverá ser uma cooperação constante entre os CSP e as equipas hospitalares dedicadas ao estudo desta entidade clínica.

### Abstract

Secondary Arterial Hypertension (AHT) is responsible for 5 to 10% of all cases of AHT and presents increased morbimortality when compared to primary AHT. Secondary AHT stems from a diverse group of medical conditions, which are potentially reversible, or even curable, through specific management approaches. The potential to effectively reverse this group of diseases and, by consequence, the associated AHT accounts for the need to promptly diagnose these forms of secondary AHT. Primary care (PC) physicians are generally the first line of medical care to the population and have a fundamental role in early diagnosis of secondary AHT, as well as in patient referral to hospital specialized consultation, if appropriate.

In this series of articles, we propose a practical and simplified (but not, by any means, simplistic) approach to the diagnosis of AHT with suspected secondary etiology, within the primary health care setting. With this group of articles, we aim to provide to PC physicians a diagnosis guide to support the approach to patients with suspected secondary AHT, a clinical challenge that must be based on a constant cooperation between PC and hospital teams dedicated to study this clinical entity.

**Keywords:**  
secondary arterial hypertension;  
primary health care;  
resistant hypertension;  
cardiovascular risk.

### 1. Âmbito e Definições

A hipertensão arterial sistémica (HTA) é um factor de risco *major* para doença cardiovascular, sendo hoje reconhecida enquanto principal fator de risco para carga global de doença<sup>1</sup>. A HTA prevalece nos dias que correm

como um problema de saúde pública com expressão a nível mundial, estimando-se que mais de 1,4 biliões de indivíduos apresentem elevação da pressão arterial, de entre os quais apenas 14% apresentam controlo eficaz da mesma<sup>2</sup>. Em Portugal, a taxa de prevalência na população



entre 18 a 90 anos é superior a 40%, nomeadamente 44,4% entre os indivíduos do sexo masculino e 40,2% no sexo feminino<sup>3</sup>.

Tendo em consideração a sua etiologia, classifica-se a hipertensão arterial sistémica em primária ou secundária (**Tabela 1**). Em mais de 90% dos casos não se identifica

causa, pelo que a HTA é classificada enquanto primária (também designada de idiopática ou *essencial*)<sup>4</sup>. Por oposição, em 5 a 10% dos casos é estabelecida uma causa secundária, potencialmente tratável e reversível<sup>4</sup>.

A identificação de sinais e sintomas sugestivos de causa secundária e o estudo e orientação terapêutica destes

**Tabela 1. Classificação e definições da hipertensão arterial (HTA) sistémica**

Classificação	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal Alto	130 - 139	e/ou	85 - 89
Grau I	140 - 159	e/ou	90 - 99
Grau II	160 - 179	e/ou	100 - 109
Grau III	≥ 180	e/ou	≥ 110
Urgência Hipertensiva <sup>a</sup>	≥ 180	e/ou	≥ 120
Emergência Hipertensiva <sup>b</sup>	≥ 180	e/ou	≥ 120
Sistólica Isolada <sup>c</sup>	≥ 140	e	< 90

### Definições

#### HTA Primária (Idiopática ou *Essencial*)

Diagnóstico de hipertensão arterial, na ausência de causa secundária identificável; corresponde a 90 - 95% dos casos.

#### HTA Secundária

Diagnóstico de hipertensão arterial na dependência de uma patologia subjacente potencialmente tratável; corresponde a 5 - 10% dos casos.

#### HTA Resistente

Definida como pressão arterial que se mantém persistentemente acima do alvo terapêutico (confirmada por MAPA ou AMPA e tendo sido excluídas causas de pseudo-resistência, como a não adesão terapêutica), apesar do uso concomitante de três agentes anti-hipertensores de classes farmacológicas distintas, nas doses máximas toleradas, um dos quais deverá pertencer à classe dos diuréticos. Doentes com pressão arterial com bom controlo com a utilização de quatro (ou mais) fármacos também cumprem critérios de hipertensão resistente.<sup>c</sup>

<sup>a</sup> na ausência de lesões agudas de órgão alvo mediadas pela HTA. <sup>b</sup> ou qualquer outro valor de pressão arterial na presença de lesões agudas de órgão alvo mediadas pela HTA.

<sup>c</sup> Também classificada em Grau I, II ou III de acordo com os intervalos de PA sistólica indicados. <sup>d</sup> ESC/ESH, 2018.

MAPA - Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial; AMPA - Auto-Medicação da Pressão Arterial

doentes enquadram-se em exercícios diagnósticos desafiantes, que requerem profissionais de saúde diferenciados no estudo e diagnóstico de HTA, naquela que deverá ser uma cooperação constante entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e as equipas hospitalares dedicadas ao estudo desta entidade clínica. Neste sentido, o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), por ser primeiro ponto de contacto do doente com o sistema de saúde e o prestador por excelência de cuidados de continuidade, desempenha um papel essencial na identificação precoce da HTA secundária. Para tal deve estar sensibilizado e alerta para determinadas pistas diagnósticas que, quando presentes, motivem a aplicação de algoritmos de atuação eficazes na abordagem inicial destes doentes.

Assim, nesta série de 4 artigos propõe-se uma abordagem prática para o diagnóstico de HTA secundária no contexto dos CSP, não sendo foco deste guia o diagnóstico e tratamento da HTA de causa primária, nem tão pouco a HTA em populações específicas, nomeadamente na grávida ou na faixa pediátrica inferior aos 16 anos de idade.

## 2. Abordagem Inicial

A avaliação e estudo inicial do doente com HTA deve ser orientado com base na etiologia provável e o grau de dificuldade em atingir o controlo dos níveis de pressão arterial, dado que são várias as causas de HTA secundária que levam à instalação de HTA resistente<sup>5</sup>. Doentes com HTA de presumível causa primária devem ser submetidos a um estudo inicial relativamente limitado, uma vez que se encontra comprovado que um estudo laboratorial e imagiológico exaustivo nestes doentes tem pouco valor para o clínico<sup>4</sup>. O mesmo não se aplica aos doentes que apresentem sinais ou sintomas que apontem para eventual causa secundária, que deverão motivar um estudo mais extenso e dirigido à etiologia suspeita.

Na presença de HTA de causa secundária, a estratégia terapêutica mais eficaz é habitualmente aquela que incide no mecanismo específico responsável pela elevação da pressão arterial e que, uma vez corrigido, conduz comumente à normalização parcial ou total do perfil de pressão arterial sistémica. Importa, pois, que na presença de um doente com HTA, o clínico conduza a avaliação inicial no sentido de reconhecer sinais clínicos

que constituam pistas sugestivas do diagnóstico de HTA secundária.

### 2.1. Suspeição clínica de HTA de causa secundária – Características clínicas gerais

No contexto dos CSP é importante a colheita de anamnese cuidada, complementada com um exame físico rigoroso, dirigidos às seguintes pistas clínicas que devem levar à suspeição de HTA de presumível causa secundária (**Tabela 2**)<sup>5</sup>:

- i. **Labilidade no perfil hipertensivo** ou **aumento agudo da pressão arterial** em doente previamente bem controlado;
- ii. **HTA Grau 3** ou **resistente** (**Tabela 1**);
- iii. **HTA maligna** ou **rapidamente progressiva** (tipicamente em doentes com HTA grave e lesão de órgão alvo mediada pela HTA, como sendo lesão renal aguda na ausência de outro fator etiológico conhecido, défice neurológico *de novo*, insuficiência cardíaca, hemorragia retiniana ou papiledema);
- iv. HTA em doente com **menos de 40 anos de idade**, sem história familiar de HTA ou outro fator de risco *major* para HTA;
- v. Diagnóstico de HTA que tenha ocorrido comprovadamente em **idade anterior ao início da puberdade**;
- vi. HTA associada à documentação de **distúrbio hidroeletrólítico** (p.e. hipocaliémia).
- vii. Assimetria significativa de pressão arterial entre os dois membros superiores ou entre os membros superiores e os inferiores.

Para além destes indícios clínicos gerais, é importante estar familiarizado com achados clínicos e analíticos sugestivos de formas específicas de HTA de causa secundária, que serão abaixo abordados e que deverão motivar estudo aprofundado do doente, em articulação com equipas multidisciplinares a nível hospitalar.

### 2.2. Suspeição clínica de HTA de causa secundária Renovascular

A patologia renovascular constitui uma das principais causas de HTA secundária. São vários os achados clínicos


**Tabela 2. Achados clínicos sugestivos de HTA de causa secundária**

Doença	Características Clínicas e/ou Analíticas Sugestivas
Geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de <b>HTA resistente</b>;</li> <li>• <b>Aumento agudo da PA</b> em doente previamente bem controlado;</li> <li>• HTA com início comprovado <b>antes da puberdade</b>;</li> <li>• <b>Idade &lt; 40 anos</b>, sem história familiar de HTA, sem obesidade.</li> </ul>
Doença Renovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumento agudo da creatinina sérica</b> inexplicável e/ou aumento agudo e persistente da creatinina sérica em pelo menos 50 %, após toma de IECA, ARA ou inibidor da renina;</li> <li>• HTA moderada a severa, em doente com <b>doença aterosclerótica difusa</b> ou <b>rim atrófico</b> ou <b>assimetria renal</b> em &gt; 1,5 cm, não explicável por outras causas;</li> <li>• HTA moderada a severa associada a episódios recorrentes e abruptos de <b>edema agudo do pulmão (flash)</b>;</li> <li>• Início de <b>HTA após os 55 anos</b>, com valores de PA &gt; 160/ 100 mmHg;</li> <li>• <b>Sopro abdominal</b>, sistólico e/ou diastólico.</li> </ul>
Doença Renal Primária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor da <b>creatinina sérica aumentado</b>;</li> <li>• Alterações persistentes na bioquímica e sedimento urinários.</li> </ul>
Iatrogenia Medicamentosa / HTA induzida por drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da PA de novo ou progressão com relação com o tempo de <b>exposição ao fármaco/ droga</b>; as classes farmacológicas com potencial hipertensivo podem ser consultadas da <b>Tabela 3</b>.</li> </ul>
Feocromocitoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Labilidade nos valores de PA</b>, com subidas paroxísticas;</li> <li>• <b>Triade</b> - cefaleia ("<i>pulsátil</i>"), palpitações e hipersudorese.</li> </ul>
Hiperaldosteronismo Primário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hipocaliémia</b> não explicável por outras causa (&gt; 50% dos doentes são, no entanto, normocaliémicos).</li> </ul>
Síndrome de Cushing (hipercortisolismo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fácies Cushingóide</b>; <b>Obesidade Central</b>; <b>Fraqueza Muscular</b> proximal e <b>Equimoses</b> fáceis/ espontâneas;</li> <li>• Possível história de toma prolongada de <b>glucocorticóides</b>.</li> </ul>
Apneia Obstrutiva do Sono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA resistente em doente <b>obeso</b>;</li> <li>• <b>Roncopatia</b> e/ou episódios de <b>apneia durante o sono</b>, presenciados por terceiros;</li> <li>• <b>Sonolência</b> diurna, <b>fadiga</b> crónica, queixas de alterações mnésicas e dificuldade de concentração.</li> </ul>
Coarctação da Aorta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevação da HTA nos membros superiores, com atraso / diminuição dos pulsos femorais, ou PA reduzida ou não mensurável nos membros inferiores.</li> </ul>
Hiper- / Hipotiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas de <b>hiper- ou hipotiroidismo</b>;</li> <li>• Alterações correspondentes no doseamento <b>TSH</b> e <b>T4 livre</b>.</li> </ul>
Hiperparatiroidismo Primário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor do <b>cálcio sérico aumentado</b>.</li> </ul>



associados a probabilidade aumentada da HTA em estudo ser secundária a causa renovascular (*a abordagem e estudo diagnóstico da HTA secundária a presumível causa renal encontra-se detalhada na Parte 2 desta série de artigos*). De um modo sumário, aumentam o índice de suspeição de HTA secundária a etiologia renal os seguintes achados (Tabela 2)<sup>6</sup>:

- i. Qualquer uma das **características clínicas gerais**, já acima mencionadas (*vide secção anterior*);
- ii. **HTA severa** (pressão arterial sistólica  $\geq 180$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica  $\geq 120$  mmHg), em **idade superior a 55 anos**;  
**Declínio da função renal, não explicável por outra causa**, durante terapêutica antihipertensora, particularmente se verificada uma subida aguda e persistente na creatinina plasmática superior a 50%, que ocorra durante a primeira semana de instituição de tratamento com um Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou um Antagonista do Receptor da Angiotensina II (ARA);
- iii. **HTA severa** em doente com **doença aterosclerótica difusa**, particularmente se idade superior a 50 anos;
- iv. **HTA severa** em doente com **rim atrófico** por causa desconhecida ou **assimetria na dimensão dos rins  $> 1,5$  cm**;
- v. **HTA severa** em doente com **episódios recorrentes de edema agudo do pulmão** (*“flash” pulmonary edema*) ou **insuficiência cardíaca refratária** à terapêutica descongestionante e modificadora de prognóstico, que se acompanhe de deterioração da função renal e que justifiquem admissão hospitalar frequente;
- vi. **Sopro abdominal** sisto-diastólico com lateralização (sensibilidade 40%; especificidade 99%).

### 2.3. Suspeição clínica de hipertensão arterial secundária de outras causas

Perante achados clínicos ou laboratoriais específicos, deve ser equacionado estudo dirigido a causas menos prevalentes de HTA secundária (Tabela 2)<sup>6</sup>:

- i. **Doença renal primária**: sugerida pela elevação da creatinina plasmática e/ou alterações em análise sumária da urina (*a abordagem e estudo diagnóstico da HTA secundária a presumível causa renal encontra-se detalhada na Parte 2 desta série de artigos*)<sup>5</sup>;
- ii. **Hiperaldosteronismo primário**: a hipocaliémia de causa não explicada constitui-se como um dos principais achados clínicos sugestivos desta entidade (no entanto, mais de metade dos doentes apresenta níveis de potássio plasmático no intervalo normal à data do diagnóstico). Outros achados sugestivos são hipernatremia ligeira, HTA resistente e/ou HTA na presença de incidentaloma suprarrenal<sup>5</sup>;
- iii. **Feocromocitoma**: deve ser equacionado na presença de elevações abruptas e paroxísticas da pressão arterial, principalmente na presença da *tríade* cefaleia pulsátil- palpitações - hipersudorese<sup>5</sup>;
- iv. **Síndrome de Cushing**: deve ser considerado em doentes (incluindo aqueles sob terapêutica crónica com corticóides sistémicos) com os achados clínicos de fâcies Cushingóide, obesidade central, fraqueza muscular proximal e/ou equimoses faciais em doente com HTA habitualmente resistente<sup>5</sup>;
- v. **Outras causas endócrinas**: habitualmente na presença de HTA resistente, a HTA pode ser associada a hipotireoidismo ou hipertireoidismo (quando na presença de sintomas sugestivos e as alterações correspondentes de tireotrofina / TSH), bem como a hiperparatiroidismo primário (muitas vezes equacionado perante aumento dos níveis de cálcio plasmáticos). *A abordagem e estudo diagnóstico da HTA secundária a presumível causa endócrina encontra-se detalhada na Parte 3 desta série de artigos*.
- vi. **Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono**: mais comumente identificada em homens obesos com roncopatia durante o período do sono. Outros sintomas devem aumentar a suspeita desta etiologia, nomeadamente cefaleias, sonolência e fadiga diurnas, défice



de concentração, alterações do humor e HTA resistente;

- vii. **Contraceptivos Oraís:** associados com frequência ao aumento do perfil basal da pressão arterial sistémica, podem por vezes associar-se ao desenvolvimento de HTA (**Tabela 3**);
- viii. **Coarctação da Aorta:** merece particular relevo em doentes em idade pediátrica, visto assumir-se como uma importante causa de

HTA secundária nesta faixa etária. Hipertensão nos membros superiores com atraso braquio-femoral (atraso ou diminuição da intensidade do pulso femoral) e baixa pressão arterial medida nos membros inferiores são achados frequentes nestes doentes. No doente adulto, a Sociedade Europeia de Hipertensão e Cardiologia (ESH/ESC) recomenda que na avaliação inicial se proceda à avaliação de possível coarctação da aorta, que envolve a palpação simultânea

**Tabela 3. Fármacos e substância não farmacológicas, de uso comum, com potencial hipertensivo**

<p>Classes Farmacológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraceptivos orais com estrogénios / Terapêutica Hormonal de Substituição</li> <li>• Esteróides anabolizantes</li> <li>• Anti-inflamatórios não esteróides (AINEs); incluem-se inibidores selectivos e não selectivos da ciclo-oxigenase-2.</li> <li>• Inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ex. venlafaxina)</li> <li>• Inibidores da monoamina oxidase (ex. moclobemida, tranilcipromina)</li> <li>• Antipsicóticos atípicos (ex. clozapina)</li> <li>• Simpaticomiméticos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descongestionantes nasais (ex. Fenilefrina);</li> <li>- Agentes anorexígenos (ex. Bupropion/ Naltrexona; dietilpropion);</li> <li>- Estimulantes (ex. metilfenidato, modafinil);</li> <li>- Drogas de abuso (ex. anfetaminas, cocaína).</li> </ul> </li> <li>• Estimuladores da hematopoiese (ex: darbopoiatina, epoietina)</li> <li>• Agentes de quimioterapia (ex: inibidores da tirosina cinase; bloqueadores da via VEGF)</li> <li>• Inibidores da Calcineurina (ex: ciclosporina)</li> <li>• Álcool (abuso etílico)</li> </ul>
<p>Substâncias não farmacológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produtos com elevado teor de cafeína (ex. chá preto, chá verde, coca-cola);</li> <li>• Bebidas energéticas;</li> <li>• Suplementos de ervanárias (ex: ginseng, guaraná);</li> <li>• Suplementos proteicos.</li> </ul>

dos pulsos braquial e femoral para deteção da amplitude e atraso braquio-femoral, bem como a medição da pressão arterial em ambos os membros superiores (MS) e num dos membros inferiores (MI): uma diferença MS-MI  $\geq$  20 mmHg favorece o diagnóstico de coarctação da aorta<sup>5</sup>.

### 3. Critérios de referência à consulta especializada em hipertensão arterial

Numa perspectiva global, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) recomenda alguns critérios gerais de referência para consulta especializada em

HTA e que estão explanados na **Tabela 4**<sup>7</sup>.

### 4. Conclusão: estudo de HTA secundária numa perspectiva de custo-benefício

No contexto dos CSP, a abordagem inicial ao doente com HTA *de novo* requer o reconhecimento pronto da HTA idiopática enquanto entidade nosológica prevalente, que exigirá um estudo complementar inicial limitado. Do mesmo modo, é fundamental que existam profissionais diferenciados e treinados de modo a estarem capacitados para reconhecer constelações de sinais/ sintomas clínicos e alterações analíticas e/ ou imagiológicas que apontem para provável etiologia

**Tabela 4. Critérios de Referência a consulta especializada em hipertensão arterial**

#### HTA resistente

- Critérios de HTA resistente (como definidos na **Tabela 1**), independentemente da causa, após exclusão de não adesão terapêutica.

#### Suspeita de HTA secundária

- HTA em idade jovem (< 40 anos);
- Doentes **sem outros factores de risco** (ex: sem história familiar, sem obesidade, sem diabetes mellitus);
- Antecedentes de **HTA na infância**;
- Antecedentes de **Emergência(s) Hipertensiva(s)**;
- HTA **Grau 3**;
- **Aumento súbito da PA em doente previamente estável** e que aderira à terapêutica e/ou com doença aterosclerótica difusa;
- MAPA com **HTA noturna** ou ausência de diminuição da PA sistólica noturna em  $\geq$  10% comparativamente à diurna;
- PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, em doente que apresente **lesões de órgão-alvo** (ex: retinopatia, HVE, nefropatia hipertensiva);
- Sempre que após início de anti-hipertensor(es) apresentar:
  - diminuição excessiva do potássio sérico, com dose baixa de diurético
  - diminuição marcada da TFG após início de ARA ou IECA em baixa dose
  - diminuição dos valores de PA, embora com manutenção de labilidade significativa no controlo da mesma.

#### Suspeita de HTA mascarada ou hipotensão ortostática

PAS - Pressão Arterial Sistólica; PAD - Pressão Arterial Diastólica; HVE - Hipertrofia Ventricular Esquerda; TGF - Taxa de Filtração Glomerular



### Abordagem inicial ao doente com HTA<sup>a</sup> nos cuidados de saúde primários

- HTA sustentadamente >150/100mmHg ou de grau 2 ou 3?
- HTA maligna ou rapidamente progressiva com LOA?
- Início de HTA em idade jovem (<40 anos), sem outro factor de risco cardiovascular ou história familiar de HTA?
- HTA com início comprovado antes da puberdade?
- HTA associada a distúrbio hidroelectrolítico (ex. hipocaliémia)?

Não

Sim

HTA Essencial / Primária provável  
(90-95% dos casos)

Iniciar terapêutica.  
Investigação complementar limitada.

Se  
HTA resistente<sup>b</sup>  
ou  
Aumento súbito da PA em doente  
previamente bem controlado

### Suspeita de HTA Secundária (5-10% dos casos)

HTA nos membros superiores, com atraso braquiofemoral e baixa pressão arterial nos membros inferiores.

suspeita de

Coarctação da Aorta  
Causa importante de HTA em idade pediátrica.

Aumento da PA ou progressão em relação com história exposicional a fármacos/ substância com potencial hipertensivo.  
(Tabela 3)

Doente de alto risco  
Sem segurança na substituição/ suspensão de fármacos?

Sim

Não

Substituir/ suspender substância latrogénica.

Se dificuldade

Características clínicas ou analíticas que sugiram Doença Renovascular ou Doença renal primária  
(Tabela 2)

Ver Algoritmo de Abordagem à suspeita de HTA de causa renal  
(Parte 2)

Características clínicas ou analíticas que sugiram Endocrinopatia  
(Tabela 2)

Ver Algoritmo de Abordagem à suspeita de HTA de causa endócrina  
(Parte 3)

Características clínicas ou analíticas que sugiram Apneia Obstrutiva do Sono  
(Tabela 2)

Ver Algoritmo de Abordagem à suspeita de HTA secundária à Apneia Obstrutiva do Sono  
(Parte 4)

Referenciar para consulta especializada em meio hospitalar

<sup>a</sup> Assume-se, aqui, diagnóstico confirmado segundo as recomendações internacionais para diagnóstico de HTA e excluídas causas de pseudo-resistência como a não adesão terapêutica;

<sup>b</sup> Ver definição de HTA resistente na TABELA 1.



secundária (**Figura 1**), passível de ser referenciada para estudo complementar em meio hospitalar. Será nesta identificação e seleção criteriosa de doentes a serem estudados quanto à presença de HTA de presumível causa secundária, que se pode estabelecer

a melhor relação custo-benefício no estudo da doença hipertensiva em Portugal, otimizando a alocação de recursos humanos e financeiros e minimizando a obstinação diagnóstica no doente hipertenso sem sinais de alarme.

### Box 1.

### Pontos Chave - Parte I

- i. Até 10% dos casos de HTA são secundários a causa potencialmente tratável e reversível. O médico de medicina geral e familiar desempenha um papel essencial no estudo e abordagem inicial destes doentes;
- ii. É fundamental reconhecer a HTA primária (idiopática ou essencial) enquanto entidade nosológica prevalente, a carecer de estudo complementar inicial limitado;
- iii. Labilidade nos valores de PA, HTA Grau 3 ou resistente, HTA em idade  $\leq 40$  anos ou HTA associada a distúrbio hidroelectrolítico (p.e. hipocaliemia) são algumas das pistas clínicas que podem sugerir HTA de causa secundária;
- iv. Uma anamnese e exame objectivo cuidadosos, adjuvada de exames complementares de fácil acesso, permite em várias ocasiões a identificação de causa específica de HTA secundária, com abordagem própria;
- v. HTA em idade jovem, HTA resistente, Antecedentes de emergências hipertensivas, HTA noturna, Aumento súbito da PA em doente previamente controlado ou suspeita de HTA mascarada são alguns dos critérios que devem motivar referência para consulta hospitalar especializada em hipertensão arterial.

### Bibliografia

1 Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; **39**: 3021–3104.

2 Dinis PG, Cachulo MC, Fernandes A, Paiva L, Gonçalves L. Secondary Arterial Hypertension: Uncertainties in Diagnosis. *Acta Médica Port* 2017; **30**: 493–496.

3 Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens* 2014; **32**: 1211–1221.

4 Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmelfarb CR *et al.* Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and

Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertens Dallas Tex* 1979 2018; **72**: e53–e90.

5 Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD *et al.* Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation* 2008; **117**: e510–526.

6 Textor SC, Lerman L. Renovascular hypertension and ischemic nephropathy. *Am J Hypertens* 2010; **23**: 1159–1169.

7 Seabra FL *et al.* *Guia do Internista na Consulta Externa*, Edição 2019. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna 2019.