

UPDATE POP-UP QUIZ

TESTE OS SEUS CONHECIMENTOS

HTA Resistente



QUIZ HTA RESISTENTE: TESTE OS SEUS CONHECIMENTOS

Teste os seus conhecimentos sobre HTA Resistente e prepare-se para melhorar o prognóstico destes doentes.



PERGUNTA 1

Uma hipertensão é considerada resistente quando não está controlada (PA <130/80 mmHg), apesar do tratamento com:

A. ≥ 2 antihipertensores

B. ≥ 3 antihipertensores

C. ≥ 3 antihipertensores, incluindo um diurético

D. ≥ 4 antihipertensores, incluindo um diurético



RESPOSTA C

≥ 3 antihipertensores, incluindo um diurético

Uma hipertensão é considerada resistente quando a pressão arterial não está controlada (PA ≥140/90 mmHg), apesar do tratamento com 3 antihipertensores, incluindo um diurético, em doses máximas ou nas doses máximas toleradas.



PERGUNTA 2

Para que uma hipertensão seja considerada resistente, o doente deve estar sob tratamento com as seguintes classes de Anti-hipertensores:

A. IECA ou ARAll+ Beta-bloqueador + Diurético

B. IECA ou ARAll + Antagonista dos canais de cálcio+ Diurético

C. Beta-bloqueador+ Antagonista dos canais de cálcio+ Diurético

D. Qualquer uma das combinações anteriores



RESPOSTA B

IECA ou ARAII + Antagonista dos canais de cálcio+ Diurético

Para que uma hipertensão seja considerada resistente, o doente deve estar sob tratamento com um IECA ou ARA II, um antagonista dos canais de cálcio e um diurético, em adição a modificação de comportamentos e estilos de vida.



PERGUNTA 3

Nos hipertensos com doença renal crónica, cuja taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) é inferior a 30mL/min/m², a hipertensão só pode ser considerada resistente se o diurético incluído no regime terapêutico for um:

A. Diurético de ansa (Furosemida)

B. Diurético tiazídico (hidroclorotiazida) ou tiazida "like"

C. Antagonista dos receptores da aldosterona (Espironolactona)

D. Qualquer um dos anteriores



RESPOSTA A

Diurético de ansa (Furosemida)

A hidroclorotiazida, indapamida e clorotalidona perdem a eficácia à medida que a TFG declina de 40 para 30 mL/min/m² e são ineficazes quando a TFG é <30 mL/min/m². Nestas condições deve utilizar-se um diurético de ansa (furosemida).



PERGUNTA 4

Nos hipertensos cuja PA não está controlada apesar do tratamento com 3 anti-hipertensores, sendo um deles um diurético adaptado à função renal, como procede para avaliar se se trata de uma verdadeira ou falsa hipertensão resistente?

A. IECA ou ARAll+ Beta-bloqueador + Diurético

B. IECA ou ARAll + Antagonista dos canais de cálcio+ Diurético

C. Beta-bloqueador+ Antagonista dos canais de cálcio+ Diurético

D. Qualquer uma das combinações anteriores



RESPOSTA B

IECA ou ARAII + Antagonista dos canais de cálcio+ Diurético

A definição de hipertensão resistente baseia-se em medições da PA no consultório. Todavia, a utilização da MAPA permitiu a identificação do efeito da bata branca como sendo responsável por uma proporção significativa de hipertensos diagnosticados como resistentes. Estes doentes têm a PA elevada no consultório, mas controlada na MAPA. Calcula-se que aproximadamente 1/3 dos doentes com suspeita de hipertensão resistente têm, na verdade, uma hipertensão resistente da bata branca (Pseudo-resistência ao tratamento). Por estas razões, os hipertensos supostamente resistentes deverão realizar MAPA para o diagnóstico diferencial entre hipertensão resistente verdadeira e hipertensão resistente da bata branca (falsa hipertensão resistente).



PERGUNTA 5

De entre os factores listados abaixo, quais podem ser considerados responsáveis HTA pseudo-resistente?

A. Falta de adesão à terapêutica

B. HTA da bata branca

C. Doses inadequadas

D. Todas as anteriores



RESPOSTA D

Todas as anteriores

Todos os fatores listados podem ser responsáveis por situações de HTA não controlada, erradamente rotulada de resistente, e devem ser sempre excluídas antes de se fazer o diagnóstico de HTA resistente.



PERGUNTA 6

As principais causas de HTA secundária a serem excluídas em indivíduos com HTA resistente são?

A. Hiperaldosteronismo primário

B. SAOS

C. Doença renal crónica

D. Todas as anteriores



RESPOSTA D

Todas as anteriores

Estima-se que o hiperaldosteronismo primário (HAP), seja responsável por aproximadamente 10% a 20% dos casos de (HTA) resistente, pelo que é essencial rastrea-lo em todos os indivíduos com HTA resistente, especialmente quando há hipocaliemia.

O SAOS é uma causa muito frequente de HTA resistente, estando presente em cerca de 50% a 80% dos doentes com HTA resistente, o que justifica o seu rastreio ativo em doentes com HTA resistente, especialmente em obesos com padrão "não dipping" ou "riser" e/ou sintomas típicos como sonolência diurna excessiva, roncopatia ou pausas respiratórias noturnas relatadas.

Estima-se que cerca de 15% dos pacientes com HTA resistente também tenham doença renal crónica . Entre os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos na HTA da DRC incluem-se a perda progressiva da capacidade renal de excreção de sódio, com o conseqüente excesso de volume, a excessiva atividade do SRAA e o aumento desproporcionado da atividade do sistema nervoso simpático, entre outros.



OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Visite as nossas redes sociais

