



## “Protocolo clínico para o atendimento de pacientes hipertensos”

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a elevação anormal da pressão arterial sanguínea. Estima-se que afete 35% da população brasileira, acima de 40 anos. Se não controlada, pode reduzir, a qualidade e a expectativa de vida de seu portador. Apresenta-se sob duas formas:

- **Essencial** (primária ou idiopática) – é a forma mais comum, em que fatores de risco como o tabagismo, obesidade, dislipidemias, diabetes e história familiar propiciam o seu desenvolvimento.
- **Secundária** - pode advir de doença renal, medicamentos e apnéia do sono, entre outros.

Independente da origem, a hipertensão pode ter início insidioso ou sintomático, com o paciente relatando cefaléia occipital, epistaxe, zumbido, dispnéia, fadiga e edema em membros. Se não compensada, pode gerar outras doenças (danos aos órgãos-alvo), como acidente vascular cerebral (derrame) hemorrágico ou isquêmico, angina, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal, retinopatia e doença arterial periférica.

### **Critérios diagnósticos:**

- abaixo de 120/80 mm Hg = pressão arterial considerada normal.
- valores entre 120-139/80-89 mm Hg = é considerada pré-hipertensão (sinal de alerta para os pacientes, que devem iniciar mudanças no estilo de vida).
- valores entre 140-159/90-99 mm Hg = caracterizam hipertensão Estágio 1.
- valores acima de 160/100 mm Hg = = caracterizam hipertensão Estágio 2.

O paciente com HAS é considerado **compensado**, quando a pressão arterial for menor que 140/90 mm Hg.

A HAS, em si, não causa manifestações bucais, porém seu tratamento pode levar a disgeusia, hipossalivação e/ou xerostomia, úlceras orais, reações liquenoides, cicatrização lenta e hiperplasia gengival, entre outros.

### **Protocolo clínico para o tratamento odontológico:**

- 1) Aferir a pressão dos pacientes na primeira consulta. Nas subsequentes, somente se informar sobre HAS.
- 2) Limite da pressão para procedimentos cirúrgicos: 180/110 mm Hg. O bom senso profissional, pode definir limites mais baixos, como 160/100 mm Hg, para maior segurança do paciente.
- 3) Evitar as soluções anestésicas contendo nor-adrenalina ou levonordefrina. Estas substâncias ativam os receptores adrenérgicos e podem levar a uma crise hipertensiva.
- 4) A adrenalina é o vasoconstritor mais seguro e superior aos não-adrenérgicos (octapressin), no controle eficiente da dor.
- 5) Controle da dor eficiente = anestesia de qualidade. Avaliar:
  - 5.1) Paciente descompensado: solução de adrenalina a 1:100.000 = até 2 tubetes.  
solução de adrenalina a 1:200.000 = até 4 tubetes.
  - 5.2) Paciente compensado: avaliar tipo de medicamento anti-hipertensivo e tempo de procedimento.
  - 5.3) Paciente compensado em uso de propranolol: solução de adrenalina a 1:100.000, até 2 tubetes ou a 1:200.000, até 4 tubetes.
- 6) Pacientes ASA III ou IV\* (geralmente com dano aos órgãos-alvo):
  - 6.1) anestésico com adrenalina a 1:100.000 – até 2 tubetes.
  - 6.2) anestésico com adrenalina a 1:200.000 – até 4 tubetes.
- 7) Controle da ansiedade, principalmente se houver danos secundários:
  - 7.1) estabelecer relação de confiança com o paciente.
  - 7.2) usar pré-medicação com ansiolíticos benzodiazepínicos em procedimentos complexos ou quando o paciente tem fobia ao tratamento.
- 8) Dar preferência ao período diurno.
- 9) Evitar consultas longas e exaustivas.
- 10) Liberar o paciente se o mesmo estiver ansioso.
- 11) Evitar uso de vasopressores em fios de retração.

#### \* Classificação do Estado Físico do Paciente, de acordo com a American Society of Anesthesiologists (ASA)

ASA I	Paciente normal, saudável, sem história de doença sistêmica.
ASA II	Paciente portador de doença sistêmica moderada ou fatores de risco a sua saúde (obesidade, tabagismo, uso excessivo de etanol)
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa, que limita as atividades mas não é incapacitante.
ASA IV	Paciente portador de doença sistêmica severa, incapacitante, que é uma constante ameaça à vida
ASA V	Paciente moribundo, de quem não se espera a sobrevivência por um período de 24 horas, com ou sem intervenção cirúrgica

#### **Autora:**

Ellen Brilhante de Albuquerque Cortezzi (CRO-RJ 17154 )  
Especialista em Estomatologia (UFRJ) e Doutora em Odontologia (UFRJ)  
E-mail: ellen\_brilhante@uol.com.br



**CRO-RJ**

Almiro Reis Gonçalves  
Coordenador da  
Comissão de  
Educação Continuada  
do CRO-RJ  
Fevereiro 2012

# Protocolo Clínico