



O director-geral da Saúde, Dr. Francisco George, e o secretário de Estado adjunto da Saúde, Dr. Francisco Ramos, foram dois dos intervenientes na Sessão Solene de Abertura deste Congresso, que decorreu, às 18h00.

Intervenção populacional e política da SPH: o balanço e as explicações

Depois de dois anos de intensa aposta da SPH na comunicação para o exterior, estarão os portugueses mais informados sobre a hipertensão? A resposta conhece-se hoje, na Conferência Presidencial, onde o Prof. Luís Martins vai apresentar, em primeira-mão, os resultados de uma sondagem levada a cabo no mês passado. **Pág. 3**

Quebrar a resistência da HTA

Três especialistas falam sobre as formas menos comuns de contrariar a hipertensão resistente e de difícil controlo. Fique a conhecer alguns «truques» que podem dar a volta à persistência da HTA. **Pág. 2**

SPH e APMCG reunidas

A SPH aproveita o seu Congresso para trocar ideias com os especialistas de Medicina Geral e Familiar. Na Sessão Plenária de hoje, discute-se a melhor abordagem da hipertensão. **Pág. 4**

Diagnóstico: da teoria à prática

O controlo da pressão arterial, através de medições frequentes, está intimamente ligado ao diagnóstico correcto e atempado, para prevenir as complicações cardiovasculares. **Pág. 6**

Como controlar uma pressão arterial que resiste à terapêutica?



Dr. Fernando Gonçalves



Dr.ª Cristina Alcântara



Dr.ª Paula Amado

Quando a hipertensão se mostra de difícil controlo, surge a necessidade de recorrer a estratégias terapêuticas menos comuns.

Que pode estar por detrás da hipertensão de difícil controlo? E de que forma se pode combater a sua persistência? Estas são as principais questões a que os intervenientes na mesa-redonda «HTA de difícil controlo/resistente» vão responder, hoje, às 10h30, na sala Fénix 3.

O facto de a hipertensão se tornar resistente pode advir da falta de eficácia na actuação do médico, do incumprimento do doente em relação à terapêutica ou de ambas. Contudo, a própria patologia pode ter alguma culpa nessa persistência.

O Dr. Fernando Gonçalves, internista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, começa por distinguir a HTA resistente da HTA secundária e da pseudo-hipertensão. Relacionadas com a HTA secundária estão situações como o hiperaldosteronismo. No entanto, este é um diagnóstico que necessita de ser pensado e requer investigação».

Fernando Gonçalves diz que a obsidade é uma das condições mais frequentemente associada à HTA resistente. Em Portugal, desconhece-se com exactidão o número de doentes com hipertensão de difícil controlo, mas os estudos internacionais apontam para prevalências que rondam os 30%. «Quando não há resposta à combinação de três fármacos, to-

dos eles em doses adequadas, algo tem de ser feito», sublinha este médico.

«Truques» contra a persistência da HTA

Na sua intervenção nesta mesa-redonda, a Dr.ª Cristina Alcântara, internista no Hospital de Santa Maria, vai partilhar algumas dicas para enfrentar a hipertensão de difícil controlo/resistente ao nível dos cuidados de saúde primários. «Há “truques” que envolvem fármacos menos comuns e que se baseiam, sobretudo, na alteração das doses terapêuticas», diz. Também é possível proceder à administração faseada de determinados fármacos, o que é relativamente frequente com os antagonistas dos canais de cálcio.

Por outro lado, existem alguns medicamentos já «um pouco fora de uso» – como os al-

fabloqueadores – que «podem ser associados à terapêutica», aconselha Cristina Alcântara. Hoje, estes fármacos são menos usados porque exigem muitas tomas e têm alguns efeitos adversos, mas, «por vezes, são úteis».

As associações terapêuticas são outro «truque» importante, mas «é preciso conhecer os factores coadjuvantes que podem contribuir para o descontrolo da pressão arterial do doente», alerta a internista.

Abordando soluções avançadas das associações de fármacos menos comuns, a Dr.ª Paula Amado, cardiologista no Hospital de Egas Moniz, em Lisboa, garante que «a principal causa de resistência (58%) relaciona-se com os fármacos utilizados (associações inadequadas, doses insuficientes ou um diurético mal seleccionado) e com a má adesão à terapêutica (16%)».

Esta médica afirma que, quando não se conseguem atingir os valores desejados de pressão arterial (PA), deve-se partir para um quarto fármaco, que poderá ser a espironolactona, em doses de 25 a 50 mg (igualmente eficaz em doentes com hiperaldosteronismo primário), ou um betabloqueador vasodilatador, por exemplo.

Uma outra opção é a associação de IECA com ARAl ou com antagonistas do cálcio dihidropiridínicos e não-dihidropiridínicos. Se a PA não controlada persistir, Paula Amado considera «legítimo» individualizar a terapêutica através da avaliação do estado da volémia, da activação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e do grau de vasoconstrição utilizando a bioimpedância torácica, que permite uma redução suplementar da PA em 8/7 mmHg. **ND**

QUAL PODERÁ SER O QUARTO FÁRMACO?

No estudo ASCOT, 1 411 doentes com PA não controlada tomaram espironolactona e verificou-se uma redução significativa da PA sistólica (em 21,4 mmHg) e da PA diastólica (em 9,5 mmHg).

Em doentes já medicados com IECA ou ARAl, a Dr.ª Paula Amado recomenda a monitorização frequente do K⁺. «Se, mesmo assim, o doente continuar resistente podem-se utilizar os fármacos de acção central, como a rilmenidina, a moxonidina, a alfametildopa ou a clonidina.» Apesar da elevada eficácia destes fármacos, Paula Amado alerta para os seus efeitos adversos que, muitas vezes, levam ao abandono da terapêutica.

HIPERTENSÃO E REDUÇÃO DO RISCO CV
NOVAS EVIDÊNCIAS E NOVAS DIRECÇÕES

14 FEV 2009 | 18H00
SALA FÉNIX 3

Faculty
Chairman: Prof. Dr. Braz Nogueira

Painel:
Prof. Dr. Jorge Polónia
Prof. Dr. Luís Martins
Prof. Dr. José Gonzalez Juanatey

Uma sociedade mais próxima da política e da população



Prof. Luís Martins e Jorge Polónia

«**D**a ciência à política e à intervenção populacional». Assim tem actuado a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) e assim se intitula a Conferência Presidencial de hoje, que debate o papel proactivo desta Sociedade em prol da saúde dos portugueses. «Nos últimos dois anos, a SPH percebeu que tinha um papel importante ao nível da prevenção e promoção da saúde», explica o seu presidente, Prof. Luís Martins.

As duas sondagens encomendadas pela SPH – uma há dois anos e outra no passado mês de Janeiro –, para averiguar o conhecimento dos portugueses acerca da hipertensão arterial (HTA), e a organização do Fórum Europeu do Sal em Portugal são os assuntos-chave desta Conferência.

A primeira sondagem, levada a cabo em 2007, demonstrou algum desconhecimento sobre a HTA por parte dos 1 000 doentes, 500 médicos e 500 farmacêuticos inquiridos. Este resultado ditou a necessidade de apostar mais em mensagens de alerta. «Estes dados ajudaram a traçar a estratégia da SPH na área da prevenção em saúde», confessa Luís Martins.

Para levantar «uma pontinha do véu» sobre os resultados da sondagem de Janeiro deste ano, que vai apresentar hoje, Luís Martins diz que houve melhorias (ver caixa). Os 500 cidadãos, 100 médicos e 100 farmacêuticos inquiridos mostraram-se mais informados sobre a HTA, as suas consequências e o papel do sal no seu aparecimento.

«O primeiro inquérito mostrou-nos que o melhor meio para comunicar com a po-

pulação são os *media* e que os portugueses tinham algumas ideias erradas sobre a HTA», afirma o presidente da SPH. A comparação entre os dados das duas sondagens, por seu lado, ajudará a perceber o impacto das acções da SPH junto da população, ao fim de um ano e meio de intervenção pública.

Luta incansável contra o excesso de sal

Sabendo que, relativamente à HTA, «o sal é o principal problema no nosso País», a SPH decidiu investir nesta questão de forma particular e incisiva. Uma prova desse esforço foi a organização do Fórum Europeu do Sal, que decorreu no passado mês de Dezembro, no

ALGUNS RESULTADOS DA ÚLTIMA SONDAÇÃO DA SPH

Prestes a terminar o seu mandato, a actual Direcção da SPH quis averiguar se os portugueses ainda estão mal informados sobre a HTA. Confira alguns dados da última sondagem:

- A maioria dos cidadãos entrevistados continua a não saber qual é o consumo adequado de sal por dia;
- No último ano e meio, quase 50% dos inquiridos ouviram falar no consumo excessivo de sal no nosso País;
- A maioria dos inquiridos considera que o sal é um dos principais factores a contribuir para a HTA;
- 45% da população questionada confessa ter mudado os seus hábitos alimentares relativamente ao sal, no último ano;
- Grande parte dos inquiridos sabe que a principal consequência da HTA é o AVC (em 2007, a maioria julgava ser o enfarte do miocárdio).

Quer saber mais? É só assistir à Conferência Presidencial, às 14h30, no auditório das salas Fénix 1 e 2, onde os resultados serão apresentados na íntegra e em primeira-mão.

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão tem ultrapassado as fronteiras estritamente científicas para promover a saúde junto da sociedade civil. Na Conferência Presidencial de hoje, às 14h30, explicam-se as razões desta actuação. Serão também revelados, em primeira-mão, os resultados de uma sondagem levada a cabo no mês passado para saber se os portugueses estão mais informados sobre a hipertensão arterial.

Porto, e contou com a presença de peritos internacionais na área da HTA, figuras políticas, produtores e distribuidores da indústria alimentar.

Este Fórum contribuiu para a definição de estratégias com vista a reduzir o consumo de sal no nosso País. Como consequência, neste momento, está a ser elaborado um documento sobre o que se julga dever ser feito em Portugal nesta área. Na Conferência Presidencial, o Prof. Jorge Polónia vai apresentar este documento e fará um balanço da forma como decorreu o Fórum.

Portugal é um dos países com maior consumo de sal na Europa; o excesso deste elemento na alimentação dos portugueses pode estar relacionado com a elevada prevalência de doenças cardiovasculares; os alimentos com mais sal em Portugal são o pão, o queijo, as carnes vermelhas, os enchidos, os condimentos processados e as saladas. Estas são algumas das conclusões que foram discutidas no Fórum Europeu do Sal.

A gravidade do consumo excessivo de sal é tão preocupante que a Assembleia da República está a analisar um projecto de lei que visa reduzir o teor de sal no pão em 20%. Segundo Jorge Polónia, transformando-se em lei, esta poderá ser «a medida de saúde pública mais eficaz alguma vez implementada em Portugal».

Menos um grama de sal por dia poderá evitar a morte de cerca de 2 640 portugueses por ano. Por isso, «deve-se prosseguir com as ligações ao poder legislativo, à indústria alimentar e a outras sociedades científicas», assevera Jorge Polónia. **ND**

SPH e APMCG unem esforços para travar a hipertensão

Dr. José Nazaré, secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), e a Dr.ª Alexandra Fernandes, da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), são os moderadores da Sessão Plenária que reúne estas duas entidades médicas. O «encontro», que decorre hoje, às 15h30, no auditório das salas Fénix, é presidido pelo Dr. Luís Pisco e conta com um painel de comentadores de referência.

A apresentação dos casos clínicos fica a cargo das Dr.ªs Paula Ferreira e Joana Gerardo, internas do último ano da especialidade em Medicina Geral e Familiar (MGF), que, respectivamente, vão falar sobre HTA e co-morbilidades e HTA resistente.

A hipertensão resistente surge «quando não é possível obter o controlo desejável da pressão arterial em doentes que aderem ao tratamento, que tomam as doses máximas recomendadas de pelo menos três fármacos, incluindo um diurético», explica Joana Gerardo. Na sua apresentação, esta interna vai abordar «um pouco do dia-a-dia dos médicos de família, gerindo todas as patologias e fármacos, ao mesmo tempo que têm de estar atentos a outros factores externos».

Já os casos que Paula Ferreira traz para discussão resultam de situações clínicas de doentes hipertensos com co-morbilidades associadas, uma «realidade da prática diária que levanta dúvidas e desafios».

Novidades da Sessão Plenária

Contrariamente à Sessão Plenária do Congresso de 2008, este ano, elegeram-se médicas internas do último ano da especialidade de MGF para apresentar os casos clínicos. «Para além de terem um interesse particular na área da HTA, a Comissão Organizadora quis apostar nas novas gerações, para que desde já se interessem pelo controlo desta patologia tão importante e tão grave no nosso País»,



Dr. José Nazaré



Dr.ª Alexandra Fernandes

Pelo segundo ano consecutivo, a SPH e a APMCG reúnem-se neste Congresso em Sessão Plenária. O objectivo é manter a comunicação e a parceria com os especialistas de Medicina Geral e Familiar para melhorar a abordagem da hipertensão.

explica Alexandra Fernandes.

Mas as novidades não se ficam por aqui: este ano, os casos clínicos são «telegráficos». «Percebemos que as apresentações clássicas não são a forma mais eficaz de transmitir a mensagem. Na Sessão do ano passado, fez-se uma breve revisão teórica de determinados aspectos que considerámos importantes, mas, este ano, achámos que não seria o ideal», diz Alexandra Fernandes.

E há, ainda, outro dado novo: a televotação por parte da assistência, com os resultados a serem discutidos pelo painel de comentadores. «Dispomos de apenas uma hora e meia, mas vamos tentar cativar a assistência e motivar o debate», garante a moderadora.

Apesar das inovações, a Sessão Plenária

entre a SPH e APMCG tem o mesmo propósito: «estimular a comunicação de igual para igual entre os médicos das várias especialidades». Segundo Alexandra Fernandes, «é fundamental que os médicos hospitalares e os de Clínica Geral trabalhem em parceria no controlo da hipertensão».

Joana Gerardo considera mesmo que «o médico de família assume um papel fundamental na detecção precoce e controlo adequado» da doença. Mas, como afirma Paula Ferreira, «nesta patologia, é fundamental haver intervenção multidisciplinar e constante interface com outras especialidades». E isto «tanto se consegue no dia-a-dia da prática clínica como em reuniões científicas que proporcionam o debate e a aprendizagem». **ND**

Alguns casos clínicos

HTA e co-morbilidades - Dr.ª Paula Ferreira



Descrição	Discussão
Mulher de 70 anos, com HTA, fibrilhação auricular e sintomatologia compatível com insuficiência cardíaca	- Optimização terapêutica para o controlo da HTA; - Fármacos a associar para reduzir a morbimortalidade; - Eventual indicação para a hipocoagulação.
Homem de 84 anos, hipertenso e com antecedentes de AVC isquémico com recuperação completa	- Melhores opções de anti-hipertensores; - Abordagens de prevenção secundária; - Anti-inflamatórios usados na patologia osteoarticular degenerativa.

HTA resistente - Dr.ª Joana Gerardo



Descrição	Discussão
Homem de 57 anos, com HTA há 10, e medicado com três tipos de anti-hipertensores. Tem um valor de TA de 135/85 mmHg.	- A HTA está bem controlada? - Cumpre correctamente a terapêutica? - Terá uma HTA resistente? - Qual o seu verdadeiro risco cardiovascular?
Mulher de 67 anos, com HTA desde os 48 e diabetes tipo 2 desde os 56. Está polimedicada, mas não tem a TA controlada.	- Segue as indicações do médico de família? - Terá HTA resistente? - O que fazer?

OPINIÃO

Dr. José Alberto SilvaChefe de serviço de Medicina Interna
Director da Unidade de HTA e Risco Cardiovascular
Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

O papel dos exames complementares de diagnóstico

Na actualidade, não se avalia o risco do hipertenso apenas pela medição da tensão arterial (TA). Todos os estudos têm demonstrado que o valor absoluto da TA é apenas um dos indicadores do risco cardiovascular (CV). Para avaliarmos correctamente o risco CV total em qualquer doente hipertenso, torna-se necessário determinar a existência de outros factores de risco associados à HTA e a sua repercussão nos órgãos-alvo.

Por outro lado, é importante avaliar em cada doente hipertenso eventuais pistas para a existência de uma forma secundária. E é nestas situações que se coloca a necessidade do uso criterioso dos exames complementares de diagnóstico.

As *guidelines* publicadas pelas Sociedades Europeias de Hipertensão e de Cardiologia, em 2007, propõem um conjunto de exames complementares de diagnóstico que, de uma forma simples, eficaz e barata, numa primeira avaliação do doente hipertenso, permitem de-

terminar a existência de doenças concomitantes, de factores de risco adicionais e avaliar a repercussão nos órgãos-alvo. Esta actuação vai-nos permitir aplicar a escala de graduação de risco cardiovascular proposta nestas *guidelines*.

No caso concreto dos hipertensos portugueses, torna-se necessário acrescentar à lista dos exames complementares «de rotina», preconizados nas *guidelines*, o doseamento da excreção renal de sódio nas 24 horas. Estudos recentes demonstram que a ingestão média de sal da nossa população é sensivelmente o dobro da dos restantes países europeus e que esse facto se relaciona com a prevalência de doença cerebrovascular mais elevada entre nós. Esta poderá ser uma explicação para o mau controlo da pressão arterial nos nossos hipertensos, uma vez que a alta ingestão de sal diminui a eficácia de alguns medicamentos anti-hipertensores que actuam sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Trata-se de um exame extrema-

mente barato que apenas coloca problemas logísticos na recolha de urina para a análise.

Na maior parte dos casos, não se justifica o recurso ao doseamento dos principais marcadores inflamatórios (talvez a excepção seja o doseamento da homocisteína nos idosos sem história de doença cardiovascular), já que faltam estudos que os impliquem, de uma forma inequívoca, na avaliação do risco cardiovascular individual.

Os doentes com suspeita clínica ou laboratorial de HTA de causa secundária devem ser referenciados para estudo em Centros diferenciados, uma vez que são situações raras e, por vezes, exigem uma abordagem multidisciplinar e o emprego de terapêuticas mais agressivas. **ND**

Conferência «O papel dos exames complementares de diagnóstico na prática clínica diária: como se avalia o risco?». Hoje, às 09h30, na sala Neptuno. Presidente: Prof. Manuel Bicho. Conferencista: Dr. José Alberto Silva.

Vontade política de melhoria salientada no arranque do Congresso

O 3.º Congresso Português de Hipertensão «foi pensado para servir de *update*, mas, sobretudo, para que seja útil à prática clínica». Esta foi a primeira mensagem da Dr.ª Paula Alcântara, presidente da Comissão Organizadora, transmitida na Sessão Solene de Abertura, ontem, às 18h00. «Os laços de amizade e o trabalho para o bem dos doentes hipertensos» foram também frisados por Paula Alcântara.

A um mês de abandonar a presidência da Direcção da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), o Prof. Luís Martins fez

um balanço da actividade dos últimos dois anos, sublinhando que «a SPH tentou não só tratar os doentes, mas também promover a saúde». Assim, lembrou o protagonismo desta Sociedade de luta contra o consumo excessivo de sal e na transmissão de noções que visam o «envelhecimento saudável».

Luís Martins revelou que hoje (dia 13 de Fevereiro) entra em funcionamento uma ferramenta informática que ajudará os médicos no seguimento das *guidelines* na sua prática clínica e na monitorização efectiva dos seus doentes. O presidente da SPH ho-

menageou, ainda, o Prof. Ramos Lopes, um cardiologista de referência que faleceu em 2008, «mas que deve persistir na memória de todos», pois foi um mestre e um dos fundadores da SPH.

Considerando o trabalho da SPH «modelar» e confessando a necessidade do contributo das sociedades científicas, o Dr. Francisco George, director-geral da Saúde, apelou a um maior investimento na comunicação entre os diferentes níveis assistenciais. Nesse sentido, deu o exemplo de uma linha telefónica, recentemente inaugurada, que funciona como meio de discussão de casos clínicos de asma entre os médicos dos cuidados de saúde primários e os pneumologistas do Hospital de Santa Maria, deixando a sugestão de um modelo semelhante para a hipertensão.

A sessão de abertura terminou com o reconhecimento de que «a prevenção das doenças cardiovasculares é uma prioridade do Ministério da Saúde», segundo o seu secretário de Estado adjunto, Dr. Francisco Ramos. Notando «a forte componente prática» da SPH, este responsável frisou a «necessidade de reunir vontades, transformando tecnologia e conhecimento em informação, acção e melhor trabalho». **ND**



Diagnóstico da HTA: da teoria à prática

É verdade que, quanto mais baixa for a pressão arterial, melhor? Que estudos sustentam este preceito? São questões a que vai responder o Prof. Csaba Farsang, na mesa-redonda das 10h30 de hoje. Será altura para também ouvir falar sobre a importância do diagnóstico precoce e da abordagem correcta à HTA complicada.



Prof. Csaba Farsang



Dr.ª Luísa Moreira

Quanto mais baixa for a pressão arterial melhor? Esta é a questão a que o Prof. Csaba Farsang, médico no Cardiometabolic Centre, St. Imre Teaching Hospital, em Budapeste, Hungria, vai responder, na mesa-redonda «Diagnóstico da Hipertensão: da teoria à prática», às 10h30 de hoje, na Sala Neptuno.

Os Profs. Jorge Polónia e Mesquita Bastos vão moderar esta sessão, que conta com as preleções das Dr.as Luísa Moreira e Leonor Carvalho, sobre «métodos/técnicas de diagnóstico» e «HTA complicada», respectivamente.

A pergunta de partida de Csaba Farsang – «Is it the lower the better?» – surge na sequência de vários estudos que, ao longo de décadas, apontaram para uma mortalidade

cardiovascular mais elevada nos indivíduos com doença coronária e pressão arterial (PA) inferior a 120/80 mmHg.

Contudo, o especialista húngaro, não concordando plenamente com essa premissa, relembra vários outros estudos, como HOT, HOPE, ABCD, UKPDS, CAMELOT, demonstrando que «um controlo mais apertado da PA está associado a melhores resultados cerebrovasculares e/ou renais» e que uma pressão arterial «mais baixa diminui o risco de morte cardiovascular».

Por isso, Csaba Farsang corrobora as *guidelines* da Sociedade Europeia de Hipertensão, que aconselham a um controlo mais apertado da PA nos doentes hipertensos, reduzindo-a para valores inferiores a 140/90 mmHg, ou, nos indivíduos de alto risco (como diabéticos ou doentes renais), para valores abaixo dos 130/80 mmHg.

Medir para diagnosticar

Na mesma mesa-redonda, a Dr.ª Luísa Mo-

reira aborda os vários métodos/técnicas de diagnóstico da hipertensão arterial. A medição da pressão arterial no consultório, também apelidada de medição causal (MC), «continua a ser o método de referência», mas as suas clássicas limitações justificam o recurso a outras técnicas de diagnóstico.

A medição ambulatória da pressão arterial (MAPA) apresenta «múltiplas vantagens», mas, também, limitações, nomeadamente, o custo. É uma técnica que «não deverá ser generalizada a todos os doentes», considera a especialista. Deverá ser efectuada apenas nos casos com indicação formal, como a HTA resistente; a avaliação da eficácia de terapêutica anti-hipertensiva, etc.

Já a automedição da pressão arterial (AMPA), para além de ter indicação em algumas situações específicas de avaliação de doentes hipertensos, «deverá ser recomendada a todos os doentes que efectuem terapêutica anti-hipertensiva (excepto aqueles em que o procedimento provoca ansiedade)», diz Luísa Moreira.

A AMPA não deve ser encarada como um meio de autocontrolo, mas sim como «um método que deve ser efectuada sob supervisão médica, devendo o doente ser devidamente instruído quanto à escolha do equipamento, metodologia e protocolo de medição, bem como em relação aos valores de referência da pressão arterial», afirma esta especialista. **ND**



PREVENIR E TRATAR A HTA COMPLICADA

Na mesa-redonda «Diagnóstico da Hipertensão: da teoria à prática», a Dr.ª Leonor Carvalho focará casos de hipertensão associada a outras patologias, como a diabetes, a doença cardíaca ou a renal. Trata-se de «um cenário muito frequente no doente idoso», salienta. Neste contexto, a especialista pretende explicar, com base no que está estabelecido a nível internacional, quer pela Sociedade Europeia, quer pela Sociedade Americana de Hipertensão, «qual será a melhor forma de prevenir e tratar complicações cardiovasculares nestes doentes».

Obesidade e hipertensão

OPINIÃO

Prof. Davide Carvalho

Chefe de serviço de Endocrinologia do Hospital de São João
Vice-presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade



A obesidade e a hipertensão (HTA) têm vindo a crescer paralela e exponencialmente, nomeadamente nos EUA. O acréscimo da prevalência da HTA tem sido atribuído ao aumento da obesidade, o que faz com que os progressos no tratamento da doença cardiovascular estejam a ser postos em causa por este aumento da obesidade, da HTA e da diabetes.

A obesidade visceral, em particular, tem sido considerada o *primum movens* da síndrome metabólica, ao mesmo tempo que estabelece um elo fisiopatológico com a hipertensão. Nos doentes obesos, a HTA deve-se, principalmente, às resistências periféricas inapropriadas em presença de um débito cardíaco aumentado, um facto que tem estimulado o interesse no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e no sistema de péptidos natriuréticos cardíacos (SPNC).

A regulação anormal destes dois sistemas na obesidade pode explicar o alto débito cardíaco, bem como o aumento das resistências vasculares dos doentes obesos hipertensos.

Além disso, estes sistemas estão envolvidos não só na regulação da retenção de sódio e da pressão arterial (PA), como também nas perturbações metabólicas, como a diabetes.

Um SRAA não suprimido face a uma dieta hipercalórica e rica em sal desempenha um papel-chave na HTA. A perda de peso é capaz de reduzir a renina, a actividade da renina plasmática (ARP), o angiotensinogénio (AGT), a aldosterona plasmática e a PA.

Na obesidade visceral, o aumento de componentes do SRAA, como o AGT, é determinante na produção da angiotensina II. Já a diminuição dos níveis de AGT correlaciona-se

com a redução do perímetro abdominal, independentemente do peso e do índice de massa corporal. Por outro lado, em indivíduos com predisposição genética, o aumento da actividade do sistema nervoso simpático (SNS) pode causar HTA. Aliás, estudos recentes sugerem que o aumento da frequência cardíaca se associa ao risco de desenvolver obesidade e diabetes.

Na realidade, tanto a actividade aumentada do SNS como a desregulação da actividade do SRAA podem resultar da menor inibição pelos péptidos natriuréticos cardíacos (PNC). A diminuição da actividade do sistema natriurético cardíaco pode ser o *primum movens* do aumento da actividade do SRAA, do SNS ou da actividade não suprimida.

Parte dos benefícios do SPNC no sistema cardiovascular depende da sua capacidade de antagonizar o SRAA a vários níveis. E já se verificou que a diminuição da actividade deste sistema em indivíduos obesos ou com sobrecarga ponderal sugere uma deficiência na natriurese. Por último, foi recentemente descrito o efeito inibidor do péptido natriurético atrial (ANP) na proliferação dos pré-adipócitos diferenciados e dos adipócitos maduros da gordura visceral.

Hoje, percebe-se que o aumento da depuração do receptor do péptido natriurético pode modificar a adiposidade visceral pela redução do efeito inibitório natriurético. Novas intervenções, entre as quais a pílula do exercício, poderão evitar estas epidemias gêmeas. **ND**

Conferência «Hipertensão mediada pela obesidade e risco cardiovascular: novos mecanismos e abordagem terapêutica».
Hoje, às 09h30, na sala Fénix 3. Presidente: Dr. João Saavedra. Conferencista: Prof. Davide Carvalho.

Dezenas de visitantes inauguraram exposição



A exposição «Cada Desenho um Amigo», do escultor Jorge Vieira, contou com dezenas de visitantes, logo no primeiro dia em que esteve patente neste Congresso.

A observar as 88 obras do artista estiveram personalidades como Francisco Ramos, secretário de Estado adjunto da Saúde; Francisco George, director-geral da Saúde; Rui Ferreira, coordenador nacional para as doenças cardiovasculares, entre muitos outros, que se dirigiram à área da exposição técnica no final da Sessão Solene de Abertura.

Lina Delgado Soares, da Associação Cultural Arte Contempo, a organizadora desta exposição, afirma que «as pessoas têm visto as obras de Jorge Vieira com interesse e até com alguma surpresa, porque quem conhecia o seu repertório não esperava ver desenhos [Jorge Vieira era escultor]».

Após ter passado por Lisboa e Estremoz, esta exposição termina a sua «tournee» aqui, no 3.º Congresso de Hipertensão. Sobre este facto, Noémia Cruz, viúva do escultor e coordenadora da iniciativa, confessa: «Creio que é um belíssimo encerramento para este ciclo!»

Diárias
Notícias

Edição:
Esfera das Ideias - Produção de conteúdos
Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º H • 1150-023 Lisboa
Tel.: 219 172 815
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt

Coordenação: Madalena Barbosa
Redacção: Ana João Fernandes, Madalena Barbosa
e Rita Barbaudo
Fotografia: Celestino Santos
Design: Diana Chaves

Evento organizado por:

**SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO**
Portuguese Society of Hypertension

Patrocínio Exclusivo:

 **Boehringer
Ingelheim**

+ DE 55.000 DOENTES ENVOLVIDOS NO SEU PROGRAMA CLÍNICO⁽¹⁻³⁾

MICARDIS 
TELMISARTAN 80 mg

MICARDISPLUS
TELMISARTAN + HCTZ 80/12,5



Boehringer
Ingelheim

1) Weber M. Journal of Hypertension 2004; 22 (Suppl 6):S17-S16. 2) The ONTARGET Investigators. N Engl J Med 2008; 358:1547-1559. 3) Diener H, Yusuf F, et al. Rationale, design and baseline data of a Randomized double-blind, Controlled trial Comparing Two Antithrombotic Regimens in a High-Risk combination of Extended-Release Dabigatran plus ASA with Clopidogrel and Telmisartan versus Placebo in patients with Strokes: The Prevention Regimen for Effectively Avoiding Second Strokes Trial (PRECESS). Thrombosis and Haemostasis 2007; 108: 980.

MICARDIS 80 mg, telmisartan, comprimidos. Contém 338 mg sorbitol / comprimido. **Indicações:** Tratamento da hipertensão essencial. **Posologia e modo de administração:** Adultos: dose geralmente eficaz é 40 mg/dia. A dose pode ser aumentada até um máximo de 80 mg/dia. O efeito antipertensor máximo é obtido 4-8 semanas após o início do tratamento. Compromisso hepático ligeiro a moderado: dose não deve exceder os 40 mg/dia. Crianças e adolescentes: não se recomenda a utilização a <18 anos. **Contra-indicações:** 2º e 3º trimestres da gravidez, lactação, perturbações obstrutivas biliares, compromisso hepático grave. **Efeitos indesejáveis:** Frequentes (≥1/100, <1/10): sintomas de infecção, infecção do tracto respiratório superior incluindo faringite e sinusite, dor abdominal, diarreia, dispepsia, eczema, artralgia, dor nas costas, espasmos musculares ou dor nas extremidades, mialgia, dor no peito, doença gripal. Não frequentes (≥1/1000, <1/100): ansiedade, perturbação da visão, vertigens, boca seca, flatulência, hiperhidrose, tendinite. Raras (≥1/10000, <1/1000): desconforto gástrico, diminuição da hemoglobina, aumento do ácido úrico sérico. Desconhecidos (notificações espontâneas): eritema, prurido, síncope, insónia, depressão, vómitos, hipotensão (incluindo hipotensão ortostática), bradicardia, taquicardia, alterações da função hepática, perturbações hepáticas, compromisso renal, incluindo falência renal aguda, hipercalcémia, dispneia, anemia, eosinofilia, trombocitopenia, astenia e falta de eficácia, aumento da creatinina fosfoquinase e sérica. Casos isolados: edema angioneurótico, urticária e outros acontecimentos relacionados. Março 2007 Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Medicamento Sujeito a Receita Médica. **Micardis 80 mg**, 28 comp. PVP=23,76€; Regime Geral 69% (Estado: 16,39€; Utente: 7,37€); Regime Especial 84% (Estado: 19,96€; Utente: 3,80€). **MICARDISPLUS 80 mg/12,5 mg**, comprimidos 80 mg telmisartan + 12,5 mg hidroclorotiazida + 112 mg lactose mono-hidratada + 338 mg sorbitol / comprimido. **Indicações:** tratamento da hipertensão arterial essencial. **Posologia e modo de administração:** Adulto: 1º dia. Compromisso renal: aconselha-se monitorização periódica da função renal. Compromisso hepático: no caso de compromisso hepático ligeiro a moderado, a posologia não deverá ultrapassar 40 mg/12,5 mg/dia. Tiazídicos devem ser usados com precaução em doentes com função hepática deficiente. Crianças e adolescentes: não é recomendado <18 anos. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade a substâncias derivadas das sulfonamidas, 2º e 3º trimestres de gravidez, aleitamento, colestase e perturbações obstrutivas biliares, compromisso hepático grave, compromisso renal grave, hipocalcémia refractária, hipercalcémia. **Efeitos indesejáveis:** **Telmisartan + HZT:** Frequentes (≥1/100 a <1/10): bronquite, faringite, sinusite, infecções do tracto respiratório superior, infecções do tracto urinário, hipercalcémia, ansiedade, tonturas, vertigens, dor abdominal, diarreia, dispepsia, gastrite, eczema, artralgia, osteoartrite, dor nas costas, espasmos musculares ou dor nas extremidades, mialgia, disfunção eréctil, doença de tipo gripal, dor. Pouco frequentes (≥ 1/1000 a <1/100): hipersensibilidade, diabetes mellitus mal controlada, hipenuricémia. Casos isolados: edema angioneurótico, urticária e outras reacções relacionadas. **Telmisartan** Frequentes (≥1/100 a <1/10): sintomas de infecção, infecção do tracto respiratório superior incluindo faringite e sinusite, dor abdominal, diarreia, dispepsia, eczema, artralgia, dor nas costas, espasmos musculares ou dor nas extremidades, mialgia, dor no peito, doença de tipo gripal. Pouco frequentes (≥ 1/1000 a <1/100): ansiedade, perturbação da visão, vertigens, xerostomia, flatulência, hiperhidrose, tendinite. Raras (≥ 1/10000 a <1/1000): desconforto gástrico. Desconhecidos (notificação espontânea): eritema, prurido, síncope, insónia, depressão, vómitos, hipotensão (incluindo hipotensão ortostática), bradicardia, taquicardia, alterações da função hepática, perturbações hepáticas, compromisso renal, incluindo falência renal aguda, hipercalcémia, dispneia, anemia, eosinofilia, trombocitopenia, astenia e falta de efectividade. **Hidroclorotiazida:** Desconhecidos (notificação espontânea): sialoadenite, anemia (incluindo anemia aplásica), anemia hemolítica, depressão da medula óssea, leucopenia, neutropenia, agranulocitose, trombocitopenia, reacções anafiláticas anorexia, diminuição do apetite, depressão, agitação, tonturas, parestesia, perturbações do sono, visão turva, xantopsia, vertigens, amirnia, hipotensão ortostática, vasculite necrosante, stress respiratório, pneumonite e edema pulmonar, obstrução, pancreatite, diarreia, desconforto gástrico, icterícia (icterícia hepatocelular ou icterícia colestática), lúpus eritematoso cutâneo, vasculite cutânea, reacções de fotosensibilidade, rash, urticária, necrose epidérmica tóxica, astenia, espasmo muscular, nefrite intersticial, compromisso renal, pirexia. Resultados laboratoriais: Hiperglicémia, glicosúria, hipenuricémia, desequilíbrio electrolítico (incluindo hiponatremia e hipocalcémia), aumento dos níveis de colesterol e triglicéridos. Junho 2007 Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Medicamento sujeito a receita médica. **Micardis Plus 80/12,5 mg**, 28 comp. PVP=23,74€; Regime Geral 69% (Estado: 16,38€; Utente: 7,36€); Regime Especial 84% (Estado: 19,94€; Utente: 3,80€).

Para mais informações, contactar o titular da AIM.