



Encontro entre as sociedades portuguesa e europeia de hipertensão

É um dos momentos altos deste Congresso e pretende fazer uma antevisão do que poderá ser actualizado nas últimas *guidelines* europeias, publicadas em 2007. Alguns especialistas que participaram na redacção destas recomendações são os oradores do simpósio de hoje, que reúne as sociedades portuguesa e europeia de hipertensão. **Pág. 3**

Epidemiologia da hipertensão

Os Profs. Mário Espiga de Macedo, Manuela Fiúza e Jorge Polónia discutem formas de actuação, tendo em conta a elevada prevalência da HTA em Portugal confirmada nos estudos que conduziram. **Pág. 2**

Risco CV: novas direcções

Conhecidos os resultados do programa ONTARGET, há que discutir estratégias para reduzir o risco cardiovascular. O simpósio das 18h00 de hoje começa com a conferência do Prof. José Juanatey e termina com perguntas e respostas. **Pág. 4**

Questões sem resposta no AVC

Sobre a doença que mais mata em Portugal – o AVC – ainda persistem muitas controvérsias. O Prof. Victor Oliveira e os Drs. Carlos Moreira e Teresa Fonseca expõem algumas destas dúvidas. **Pág. 6**

O que se sabe sobre a hipertensão em Portugal?

Todos os intervenientes da mesa-redonda sobre a epidemiologia da HTA em Portugal, salientam que a prevalência desta patologia continua a ser muito elevada. A conclusão advém das evidências científicas mais recentes.



Prof. Mário Espiga de Macedo



Prof.ª Manuela Fiúza

Os estudos coordenados pelos Profs. Mário Espiga de Macedo, Manuela Fiúza e Jorge Polónia são abordados na mesa-redonda «Epidemiologia da HTA em Portugal: o que sabemos? O que queremos?», hoje, às 14h30, na sala Neptuno.

Mário Espiga de Macedo, professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, considera que «é mais do que oportuno haver uma nova visão da hipertensão arterial em Portugal». É que este continua a ser o principal factor de risco das doenças cardiovas-

culares e existem novos dados a comprovar a sua elevada prevalência no País.

Passados cinco anos sobre a publicação do Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal (PAP), Espiga de Macedo coordenou uma nova avaliação epidemiológica a partir de uma amostra menor, mas com «idêntico valor estatístico». Os resultados foram idênticos aos do primeiro estudo (prevalência de 42,1% da HTA em Portugal), mostrando até «algum agravamento nos parâmetros estudados».

Espiga de Macedo lembra outros estudos importantes na área. A Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia estão a terminar um estudo epidemiológico na área da diabetes que tem a HTA como variável e os «resultados não deverão ser muito diferentes dos já conhecidos», diz o especialista.

Este médico refere, ainda, que o Estudo Epidemiológico de Prevalência da Síndrome

Metabólica na População Portuguesa (VALSIM) foi «mais ambicioso que o PAP em alguns parâmetros», mas as conclusões foram, mais uma vez, semelhantes.

VALSIM: um alerta para a prevenção

Coordenado por Manuela Fiúza, professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o estudo VALSIM mostrou que «a prevalência da síndrome metabólica (SM) em Portugal é elevada e está fortemente associada à ocorrência da doença cardiovascular e da diabetes». Os resultados são um alerta para «a necessidade de estratégias preventivas com vista a reduzir o risco cardiovascular global».

Este projecto mostrou que «a prevalência da SM ajustada ao sexo, idade e dimensão das regiões foi de 27,5% e exibiu variação regional, sendo mais elevada no Alentejo (30,99%)» e notando-se uma maior frequência da patologia no sexo feminino, nas pessoas mais velhas, com maior índice de massa corporal e perímetro de cintura. A percentagem de hipertensos encontrada foi de 43,37%.

Manuela Fiúza diz que a síndrome metabólica constitui o factor mais importante para o diagnóstico de diabetes e que está intimamente ligada à elevada prevalência de HTA. No estudo VALSIM, a subida da pressão arterial foi a componente mais associada à SM, particularmente nos homens (93,7%).

Por sua vez, o estudo de Jorge Polónia, professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, provou a relação entre a ingestão de sal, a doença cardiovascular e a pressão arterial. À conclusão de que os portugueses consomem o dobro do sal que deviam, ou seja, cerca de 12 gramas (quando a Organização Mundial de Saúde recomenda seis gramas), Jorge Polónia associou a grande incidência de acidente vascular cerebral no País.

Este estudo indicou que 65 a 68% do sal ingerido está escondido nos alimentos, sendo que, em Portugal, os veículos de sal mais relevantes são o pão, o queijo, as carnes vermelhas, os enchidos, os condimentos processados e as saladas. **ND**

PREVALÊNCIA DE HTA TAMBÉM É ELEVADA NAS ILHAS

O Prof. Mário Espiga de Macedo refere um estudo epidemiológico desenvolvido na Madeira e nos Açores. Os resultados obtidos na Madeira ainda estão em tratamento estatístico, mas «já permitem dizer que a prevalência da HTA deverá ser ligeiramente superior à do continente». Nos Açores, a prevalência da HTA encontrada foi de 42,9%. Contudo, há números positivos: 61% dos hipertensos afirmaram saber que o eram, 57,9% estavam a tomar medicação para a HTA e 35% tinham a pressão arterial controlada.

PUB

STAND MICARDIS

VENHA PARTILHAR COM O CHAKALL O AMOR PELA COZINHA SAUDÁVEL
14/02 // 16H30

// OFERTA EDIÇÃO ESPECIAL CHAKALL // COZINHA SAUDÁVEL SEM SAL
NO SIMPÓSIO BOEHRINGER INGELHEIM
14/02 // 18H00 // SALA FÉNIX 3

 Boehringer
Ingelheim

 MICARDIS
TELMISARTAN 40/12,5

Especialistas debatem *guidelines* e melhor controlo da hipertensão na Europa



Prof. Stéphane Laurent



Prof. Antonio Coca



Prof. Csaba Farsang



Prof. Luís Martins

Os Profs. Stéphane Laurent, Antonio Coca e Csaba Farsang fazem uma revisão crítica das últimas *guidelines*, no simpósio entre as sociedades portuguesa e europeia de hipertensão. Discutindo as evidências mais recentes, os especialistas tentam abrir novos caminhos que permitam uma abordagem mais eficaz do doente hipertenso. Hoje, às 10h30, no auditório das salas Fénix.

«A Sociedade Europeia de Hipertensão (European Society of Hypertension - ESH) não se iria envolver connosco sem primeiro perceber quem somos.» Esta é a convicção do Prof. Luís Martins, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), que mostra o orgulho na actual posição da SPH na Europa e na aproximação à ESH. Uma prova desse estreitamento de relações é a realização de um simpósio entre as duas sociedades que é moderado pelos seus presidentes.

Abordando a importância da medição regular da velocidade de onda de pulso no doente com hipertensão arterial (HTA), o presidente da ESH, Stéphane Laurent, destaca a inclusão da avaliação da rigidez aórtica nas *guidelines* de 2007 da ESH e da Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC).

A medição da rigidez arterial e das reflexões de onda de pulso deve fazer parte da rotina dos hipertensos pelo seu «valor prognóstico em relação aos eventos cardiovasculares» e «a medição da velocidade de onda de pulso é um método não-invasivo que avalia a rigidez arterial de forma simples e precisa».

Contudo, ainda restam dúvidas. Stéphane Laurent afirma que não se sabe ainda se a redução da rigidez arterial, após tratamento anti-hipertensivo, se deve apenas à diminuição

da pressão arterial (PA) ou se conta com a influência de outros factores.

Importância da união entre médico e doente

Antonio Coca, da Unidade de Hipertensão do Instituto de Medicina Interna e Dermatologia do Hospital Clínico da Universidade de Barcelona, aborda a importância da avaliação das lesões subclínicas dos órgãos-alvo na estratificação do risco cardiovascular global.

Essa avaliação pode passar pelo diagnóstico da hipertrofia do ventrículo esquerdo por electrocardiograma ou ecocardiograma, de lesões vasculares subclínicas e de lesões renais sem manifestações evidentes.

Este especialista considera que «uma re-

dução efectiva e sustentável do risco cardiovascular requer uma atitude compreensiva e unida do médico e do doente», sendo que a monitorização do tratamento e a avaliação periódica do risco cardiovascular global competem ao médico e os cuidados com o estilo de vida e o cumprimento da terapêutica são da responsabilidade do doente.

Destacando as evidências científicas mais recentes, Peter Nilsson (ver nota), do Departamento de Ciências Clínicas do Hospital da Universidade de Lund, Suécia, prevê, para 2009 e 2010, alterações nas *guidelines* actuais e partilha a certeza de que «as evidências para os objectivos da PA em doentes com diabetes tipo 2 serão fortalecidas».

O controlo apertado da PA associa-se ao melhor prognóstico dos doentes diabéticos com HTA, mas ainda não são claros os valores ideais de PA a atingir. No estudo ACCORD, a hipótese de benefícios extra para o doente está a ser testada para valores abaixo dos 120 mmHg de pressão sistólica (comparativamente aos habituais 140 mmHg).

Sobre o estudo ONTARGET, Peter Nilsson lembra que «um IECA mostrou eficácia na prevenção de eventos cardiovasculares em diabéticos de alto risco com HTA controlada» e que, «se o IECA não for bem tolerado, os ARA podem ser uma alternativa útil». Contudo, «não há consenso para todos os doentes hipertensos com diabetes tipo 2». **ND**

O PAPEL DAS *GUIDELINES* NO COMBATE À HTA

Csaba Farsang, do Centro Cardiometabólico do St. Imre Teaching Hospital, Hungria, admite que, «nas duas últimas décadas, houve uma melhoria substancial nas taxas de controlo da HTA em todo o mundo». Porém, «existem grandes desigualdades entre alguns países».

O especialista recorre a várias sondagens para ilustrar essas disparidades:

- 53 a 64% dos doentes dos EUA e Canadá têm a sua PA controlada, comparativamente a 27 a 44% nos países europeus;
- O quinto e sétimo relatórios do Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure recomendavam o uso de diuréticos do tipo tiazida, mas, nas prescrições dos clínicos gerais norte-americanos, a quantidade de IECA e ARA aumentou e a de diuréticos manteve-se;
- Quase metade dos doentes norte-americanos e entre 60 a 70% dos doentes europeus ainda não atingiram os níveis desejados de PA;
- Entre outros factores, Csaba Farsang considera que as *guidelines* têm obtido poucos efeitos no controlo da HTA nos doentes diabéticos.

Nota: Por motivos de saúde, o Prof. Peter Nilsson não estará presente no simpósio SPH/ESH. O tema que lhe estava destinado é apresentado pelo Prof. Csaba Farsang.

Certezas e dúvidas sobre bloqueio do SRAA

As novas evidências e direcções estratégicas para reduzir o risco cardiovascular global são discutidas hoje, às 18h00, na sala Fénix 3. Trata-se de um simpósio promovido pela Boehringer Ingelheim que vai desafiar a capacidade de intervenção da assistência, pois, após a intervenção do Prof. José Juanatey, haverá um momento de perguntas e respostas.

Que rumo seguir para abordar melhor os doentes de elevado risco cardiovascular? Algumas certezas e dúvidas sobre esta questão são expostas no simpósio «Hipertensão e redução do risco cardiovascular – novas evidências e novas direcções», uma iniciativa da Boehringer Ingelheim.

Como presidente deste momento científico, o Prof. Braz Nogueira, chefe de serviço de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria e professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pretende que o simpósio seja «inovador» na forma como aborda «a importância do sistema renina-angiotensina-



OS INTERVENIENTES DO SIMPÓSIO: Profs. Luís Martins, Jorge Polónia, José Gonzalez Juanatey e Braz Nogueira

QUESTÕES QUE RESTAM APÓS OS ESTUDOS

Os Profs. Jorge Polónia e Luís Martins enfatizam a importância de manter acesa a discussão sobre a actuação terapêutica nos doentes de alto risco cardiovascular.

As principais conclusões do estudo ONTARGET são de que a combinação de telmisartan (ARA II) e ramipril (IECA) só deve ser feita em casos especiais e que o telmisartan mostrou-se tão eficaz (e mais bem tolerado) como o ramipril na redução dos eventos cardiovasculares em doentes de risco elevado, sem insuficiência cardíaca e com PA controlada.

Contudo, Jorge Polónia alerta para o facto de que «o grupo estudado está sujeito a muitos mais riscos do que benefícios na associação medicamentosa, o que não significa que, em outro tipo de doentes, não possa haver vantagens, sobretudo se a alteração de dosagens for progressiva e não abrupta, como aconteceu neste estudo».

Este médico lança a questão: «Haverá indícios de diferença na prevenção primária dos eventos coronários e do AVC nas terapêuticas em confronto? E será que o ONTARGET confirma a existência de um escape aos IECA?» Outro aspecto discutido relaciona-se com a possibilidade de vantagem do telmisartan sobre o ramipril na prevenção do AVC, «um assunto que muito interessa aos portugueses», salienta Jorge Polónia.

Luís Martins, que também participa neste simpósio, resume o objectivo: «Queremos esclarecer as questões principais sobre este tema, interpretar os resultados do ONTARGET e reflectir sobre a hipótese de actualização das últimas guidelines [publicadas em 2007].»

aldosterona (SRAA) no desenvolvimento de patologias cardiovasculares e as formas de actuação sobre este sistema, com vista a reduzir a morbimortalidade cardíaca, cerebral e renal».

O debate conta com os Prof. José Gonzalez Juanatey, do Departamento de Cardiologia do Hospital Geral da Galiza, Espanha, Luís Martins, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), e Jorge Polónia, professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Braz Nogueira espera que, «da discussão dos resultados do estudo ONTARGET – até hoje, o maior ensaio clínico randomizado comparando um IECA, um ARA e a sua associação na redução dos eventos cardiovasculares em doentes de alto risco –, saiam contributos para uma abordagem terapêutica mais clara destes doentes».

O protagonista deste simpósio, José Juanatey, acredita que «os ARA II constituem pilares da prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares». Ainda assim, ressalva as diferenças dentro da própria classe, já que «os ARA II de última geração, como o telmisartan, demonstram maior eficácia hipotensora, tanto

em magnitude como na duração de acção».

Aos ARA II, o especialista atribui mérito na redução do risco cardiovascular e renal nos diabéticos e nos indivíduos com doença renal e considera-os medicamentos capazes de «melhorar as alterações do metabolismo dos hipertensos com síndrome metabólica».

As conclusões advêm dos estudos ONTARGET e TRANSCEND, que, segundo o especialista, «ampliaram o conhecimento sobre a eficácia dos ARA II em doentes de alto risco». Além disso, confirmou-se a eficácia do telmisartan na prevenção das complicações cardiovasculares.

Por outro lado, Juanatey diz que, para os casos de doença cardiovascular prévia, em particular a insuficiência cardíaca, a doença cerebrovascular ou a cardiopatia isquémica aguda e crónica, os ARA II são a terapêutica de primeira linha, juntamente com os IECA. E partilha uma convicção: «Estes resultados obrigam-nos a incluir o telmisartan na estratégia de prevenção cardiovascular destes doentes. Devemos considerá-lo um anti-hipertensivo de eleição, pelo menos para os hipertensos de alto risco.» **ND**



Dr.ª Paula Alcântara

Procurar o hiperaldosteronismo em todos os hipertensos?

Não existem dados concretos quanto à prevalência do hiperaldosteronismo primário, mas este é um problema que «merece mais atenção», defende a Dr.ª Paula Alcântara.

Alguns estudos internacionais recentes têm situado a prevalência do hiperaldosteronismo primário entre os 2% e os 11% na população de hipertensos. Ora, se a prevalência desta condição clínica rondar os 11% nestes doentes, devesse ser dada «mais atenção», considera a Dr.ª Paula Alcântara, pois «o hiperaldosteronismo pode estar associado a um pior prognóstico de hipertensão essencial».

«Sabemos que o hiperaldosteronismo é mais prevalente nos hipertensos com determinadas características, como, por exemplo, os doentes com HTA resistente», adianta esta especialista de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria.

Alguns estudos mostram que parece haver uma associação entre o hiperaldosteronismo e a gravidade da apneia do sono. «A presença de níveis elevados de aldosterona também parece estar associada a maior lesão de órgão-alvo, como foi demonstrado em vários estudos da espessura da carótida (índice média-intima).» Contudo, a relação entre a HTA e o hiperaldosteronismo «não é muito frequente», mas há uma «epidemia de diagnósticos não confirmados», adverte Paula Alcântara.

Mas justificar-se-á procurar o hiperaldosteronismo em todos os doentes hipertensos ou somente numa determinada população-alvo? A especialista prevê abordar esta e outras

questões na conferência presidida pelo Prof. Agostinho Monteiro, que decorre hoje, às 09h30, na sala Fénix 3.

Paula Alcântara esclarece, ainda, que o método utilizado na triagem destes doentes, nomeadamente a relação entre a aldosterona e a actividade da renina plasmática, «apresenta um elevado índice de falsos positivos, obrigando sempre a testes de confirmação e, como tal, a um aumento das despesas relacionadas com o estudo de uma doença que é relativamente pouco comum».

A etiologia do hiperaldosteronismo é variada, indo desde o adenoma da supra-renal (síndrome de Conn) até à hiperplasia difusa da glândula uni ou bilateral, não esquecendo o hiperaldosteronismo idiopático. «Numa pequena percentagem destes casos, o tratamento é apenas cirúrgico e, na maioria das vezes, pode ser muito mais simples e económico, utilizando os antagonistas da aldosterona», conclui Paula Alcântara. **ND**

Associações terapêuticas e adesão ao tratamento

As últimas *guidelines* das Sociedades Europeias de Hipertensão e de Cardiologia (ESH-ESC) realçam a necessidade do controlo global do risco cardiovascular do doente hipertenso, englobando na análise de risco todos os factores ou doenças concomitantes que possam aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos futuros.

Após analisar o risco, é necessário instituir o tratamento mais indicado. As *guidelines* destacam a necessidade de tratar com rapidez e eficácia os doentes com alto e muito alto risco de ocorrência de eventos, realçando a necessidade de utilizar associações terapêuticas de dois ou mais fármacos. É feita referência especial à importância de tratar com ainda maior empenho os doentes com HTA e síndrome metabólica ou diabetes concomitantes. Neste contexto, as associações terapêuticas são praticamente obrigatórias (de preferência as associações fixas) e deve preferir-se a utilização de fármacos que não facilitem o aparecimento de novos casos de diabetes.

De acordo com as recomendações ESH-ESC de 2007 e das *guidelines* americanas

(JNC VII) de 2003, os níveis tensionais-alvo devem ser inferiores a 140/90 mmHg, mas, nos doentes com diabetes mellitus, doença renal com proteinúria ou antecedentes de doença cardiovascular (sobretudo AVC prévio), devem ser inferiores a 130/80 mmHg. Se esta regra for cumprida, conseguem-se atingir os objectivos referenciados pelo JNC VII, ou seja, reduzir em 20 a 25% a taxa de ocorrência de enfarte agudo do miocárdio, em 35 a 40% a taxa de AVC e em mais de 50% a taxa de evolução para insuficiência cardíaca.

Em todos os estudos que têm vindo a ser publicados, a maioria dos doentes com diabetes ou doença renal apresenta valores tensionais sistólicos superiores a 130 mmHg. Esta evidência tem mais importância se considerarmos que a maioria dos doentes hipertensos que surgem na prática clínica diária tem alto ou muito alto risco, ou seja, necessitam de uma terapêutica combinada. As recomendações de 2007 das ESH e ESC sugerem que a combinação de dois fármacos em baixa dose deve ser iniciada nos doentes com HTA de grau 2-3 e nos doentes com um risco cardio-

OPINIÃO

Dr. José Nazaré

Chefe de serviço de Cardiologia no Hospital de Egas Moniz
Secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Hipertensão



vascular elevado ou muito elevado.

Dos estudos publicados nos últimos anos, merecem realce o ASCOT e ACCOMPLISH, pois demonstraram que a associação de um antagonista do cálcio a um fármaco que actue no eixo renina-angiotensina-aldosterona parece preferível em relação a outros tipos de associações. Por outro lado, as combinações fixas de dois medicamentos, para além de simplificarem o tratamento, aumentam a adesão à terapêutica e, assim, melhoram a taxa de doentes controlados. **ND**

Controvérsias na doença vascular cerebral

Na mesa-redonda «Controvérsias no tratamento da doença vascular cerebral», o Prof. Victor Oliveira e os Drs. Carlos Moreira e Teresa Fonseca abordam as facetas menos claras da patologia que mais mata em Portugal. Às 14h30, na sala Fénix 3.

O acidente vascular cerebral (AVC) manifesta-se de forma diferente no homem e na mulher. E, no sexo feminino, ainda há muitas questões por responder. O Prof. Victor Oliveira, neurologista no Hospital de Santa Maria, crê que estas dúvidas se prendem com o facto de existir uma «representação relativamente baixa do sexo feminino nos ensaios clínicos dedicados ao estudo do AVC».

Este médico afirma que «as hormonas femininas contrariam o desenvolvimento da aterosclerose, mas, após a menopausa, essa vantagem esbate-se». Das particularidades hormonais da mulher, Victor Oliveira destaca a ingestão de contraceptivos orais (ainda controversa) e a terapêutica hormonal de substituição.

O risco de AVC associado à enxaqueca, na mulher em idade fértil, também é salienta-

do pelo neurologista. Contudo, também aqui «a incerteza é grande, já que os mecanismos associados não são conhecidos». E esta situação estende-se a patologias como a displasia fibromuscular e as angeítes, também com maior expressão na mulher.

Os hipertensos são mais susceptíveis à ocorrência de AVC. Mas, neste campo, também existem «aspectos pouco claros», diz a Dr.ª Teresa Fonseca, coordenadora da Unidade de AVC do Hospital de Pulido Valente. Sabe-se que o controlo da HTA contribui para a diminuição de casos de AVC e da progressão do declínio cognitivo nos indivíduos hipertensos. Também é conhecido o facto de esse controlo poder travar o aparecimento de lesões microvasculares.

Contudo, os níveis mais adequados de pressão arterial têm sido muito discutidos.



Dr.ª Teresa Fonseca e Prof. Victor Oliveira

«Aparentemente, quanto mais baixos, melhor», diz Teresa Fonseca. Ainda assim, resta a controvérsia sobre o controlo da PA durante a noite, bem como sobre os hipotensores a privilegiar no tratamento. Apesar disso, «os IECA, os ARA, os diuréticos ou os antagonistas dos canais de cálcio já deram provas no tratamento do doente com patologia vascular cerebral», sublinha esta médica.

A mesa-redonda termina com a intervenção do Dr. Carlos Moreira, que aborda o tema «resistência à aspirina no AVC e DVC: facto ou ficção?». **ND**

Será tempo de dizer adeus aos beta-bloqueantes?



Dr. António Jara

Já eram conhecidas algumas contra-indicações dos beta-bloqueantes no tratamento da HTA. Estudos recentes vieram atirar mais «lenha para a fogueira». Mas estes fármacos continuam a ser essenciais em alguns casos.

«Hoje, sabe-se que alguns beta-bloqueadores contribuem para um aumento de cerca de 25% do risco de diabetes, a médio e longo prazo e provocam alterações ao nível dos triglicéridos e do colesterol HDL.» Como afirma o Dr. António Jara, cardiologista no Hospital Espírito Santo, em Évora, estes são «factores de risco de aterosclerose, algo que se pretende evitar quando se trata a hipertensão arterial».

Segundo o prelector da conferência «Beta-bloqueadores: será tempo de dizer adeus?», que tem lugar na Sala Neptuno, às 09h30 de hoje, deve-se evitar prescrever beta-bloqueantes aos doentes com maior risco de diabetes e que estejam a tomar diuréticos.

Várias meta-análises e estudos, como o LIFE (publicado em 2007), «vieram mostrar que estes fármacos, nomeadamente o atenolol, conduzem a uma redução menor da incidência de AVC que os outros hipotensores (menos 16%)».

Ficou provado, através destes estudos, que os beta-bloqueantes «não reduzem a pressão aórtica, mas apenas a pressão a nível braquial», avança António Jara. E «esse será um dos motivos por que os indivíduos mais idosos e com aterosclerose, quando tomam beta-bloqueantes, em vez de baixarem a pressão arterial na aorta, ainda a aumentam».

Para além destes riscos, os beta-bloqueadores «praticamente não protegem da doença coronária», refere o prelector. Assim, soman-

do às contra-indicações já antes conhecidas – como para os doentes asmáticos, com síndrome de Raynaud, ou com bloqueios aurículoventriculares de segundo grau –, será tempo de dizer adeus a estes fármacos?

O Dr. Jara responde que «os beta-bloqueantes não são todos iguais» e os que têm um efeito vasodilatador, sobretudo ao nível da redução da disfunção endotelial, «podem não aumentar a pressão arterial a nível da aorta». Por outro lado, alguns bloqueadores beta «mais selectivos podem não provocar tanto risco de diabetes ou alterações dos lípidos, mas faltam grandes estudos aleatórios que o provem e que demonstrem modificação do risco com significado clínico».

«Para os hipertensos que já tiveram um enfarte agudo do miocárdio, este fármaco é obrigatório, a não ser que esteja contra-indicado», diz António Jara. Por outro lado, se houver arritmias no historial clínico do doente, os beta-bloqueantes «podem ser úteis». Nos doentes com insuficiência cardíaca por disfunção sistólica, com corações dilatados, estes fármacos são mesmo «fundamentais», pois reduzem o risco de morte súbita. **ND**

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia quer ser parceira no combate à hipertensão



Dr. António Travassos

«A Sociedade Portuguesa de Oftalmologia apoia, felicita e quer ser parceira no esforço que a Sociedade Portuguesa de Hipertensão está a desenvolver para melhorar a qualidade de vida do doente hipertenso.» Estas são palavras do Dr. António Travassos e demonstram a disponibilidade dos oftalmologistas para trabalhar em parceria com outras especialidades dedicadas a patologias que também afectam a visão, como é o caso da hipertensão arterial (HTA).

Segundo o presidente da SPO, «é fundamental que todos os médicos que observam e tratam os doentes hipertensos valorizem o exame do fundo ocular, mesmo que os doentes não apresentem sintomas de perda de visão». Isto porque a HTA «é uma das causas frequentes de oclusões venosas retinianas e factor de agravamento da outras patologias oftalmológicas, como a retinopatia diabética».

Entre a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) e a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) há uma preocupação comum – a hipertensão arterial. Por isso, o Dr. António Travassos, presidente da SPO, manifesta a vontade de actuar em parceria.

Existem alterações clínicas do fundo ocular – como o estreitamento arteriolar, os cruzamentos arteriovenosos marcados, as irregularidades no calibre dos vasos ou as hemorragias intra-retinianas – que não são exclusivas da retinopatia hipertensiva. Trata-se de alterações facilmente detectáveis por quem esteja habituado a fazer fundoscopia, pelo que «estes doentes deverão também ser observados por oftalmologistas», defende António Travassos.

Uma vez que «o diagnóstico diferencial terá de contemplar a retinopatia diabética, a retinopatia da radiação, as oclusões da veia central da retina, a neuropatia óptica isquémica», entre outros problemas, os hipertensiologistas deverão contar com a ajuda dos oftalmologistas. Por seu lado, estes especialistas também «precisam da colaboração dos médicos que se dedicam ao tratamento e controlo da HTA», para que a sua actuação em prol da visão seja atempada. **ND**



Aparelhos diagnósticos expostos no Congresso

O espaço *Hands On*, instalado na sala técnica, ao lado do secretariado, é uma das novidades deste Congresso. Aqui, oferece-se a oportunidade de lidar de perto com aparelhos de diagnóstico não-invasivos (ver caixa), cujos conceitos e tipo de resultados são conhecidos pela maioria dos médicos, mas os métodos de funcionamento e manuseamento são menos familiares.

«Muitos destes aparelhos são essencialmente utilizados em laboratórios de investigação em hipertensão, mas começam a ter muita utilidade na prática clínica», afirma a Dr.ª Paula Alcântara, presidente da Comissão Organizadora do Congresso. O facto de os médicos poderem experimentar estes instrumentos «pode fazê-los compreender que o seu uso é mais fácil do que imaginam», sublinha a responsável.

O QUE É POSSÍVEL VER E EXPERIMENTAR?

- O método MAPA (medição ambulatória da pressão arterial);
- O BODYSTAT 1500, um instrumento de análise de bioimpedância;
- Um ecógrafo que avalia a espessura íntima-média da carótida;
- O SPHYGMOCOR, único aparelho validado para medir a pressão central aórtica com precisão;
- Um electrocardiograma que detecta irregularidades no ritmo cardíaco;
- O doppler, para avaliar o estado anatômico e hemodinâmico do sistema circulatório;
- O ecógrafo MyLab 25 Gold, que permite medir a espessura da íntima-média carotídea com menor variabilidade de valores e analisar os resultados à luz da estatística de Howard;
- O COMPLIOR, que estuda a onda de pulso e estima a pressão central do doente.

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 Rute Barbedo
Fotografia: Celestino Santos
Design: Diana Chaves

Evento organizado por:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

Patrocínio Exclusivo:



Boehringer Ingelheim

MICARDIS 
TELMISARTAN **80 mg**

MICARDISPLUS
TELMISARTAN + HCTZ **80/12.5**



Potência[®]
Protecção[®]
Tolerabilidade[®]



**Boehringer
Ingelheim**

© The ONTARGET Investigators. N Engl J Med 2008; 358:1547-1559. 2) Wiemen W, Entzlerah M, Van Meel JL, et al. A review on telmisartan: a novel, long acting angiotensin II receptor antagonist. Cardiovascular drug reviews. 2000;18: 127-155. 3) Francia. Tolerability and safety of telmisartan as Monotherapy or combined with hydrochlorothiazide compared with Placebo. Am J Hypertens 2002;15 (Supp 1):A54

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 anti-hipertensor 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 infeção, infeção 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. Raros (≥1/10000, <1/1000): desconforto gástrico, diminuição da hemoglobina, aumento do ácido úrico sérico. Desconhecidos (notificações espontâneas): eritema, prurido, síncope, insónia, depressão, vômitos, 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 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: 1 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. Tiazolídicos 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, infeções do tracto respiratório superior, infeções do tracto urinário, hipercolesterolemia, hipocalcémia, 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, hiperuricémia. Casos isolados: edema angioneurótico, urticária e outras reacções relacionadas. **Telmisartan** Frequentes (≥1/100 a <1/10): Sintomas de infeção, infeção 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. Raros (≥1/10000 a <1/1000): desconforto gástrico. Desconhecidos (notificação espontânea): eritema, prurido, síncope, insónia, depressão, vômitos, 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:** Desconhecidas (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, amímia, hipotensão ortostática, vasculite necrosante, stress respiratório, pneumonite e edema pulmonar, obstipação, pancreatite, diarreia, desconforto gástrico, icterícia (icterícia hepatocelular ou icterícia colestática), lúpus eritematoso cutâneo, vasculite cutânea, reacções de fotosensibilidade, rash, urticária, necrólise epidérmica tóxica, astenia, espasmo muscular, nefrite intersticial, compromisso renal, pirexia. Resultados laboratoriais: Hiperuricémia, glicosúria, hiperuricémia, 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 80/12.5mg, 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.