



Update no controlo da hipertensão

Que doentes devem ser tratados com hipotensores? E de que forma? O australiano Prof. John Chalmers lança algumas possibilidades de resposta a esta e outras questões.

Pág. 2

Travar a HTA e a diabetes

Quando à HTA se junta a diabetes, são necessários cuidados redobrados. Hoje, fala-se sobre os novos fármacos, o papel do controlo glicémico no risco cardiovascular e a síndrome do envelhecimento vascular precoce. **Pág. 5**

A veia cultural do Congresso

David Santos, director do Museu do Neo-realismo, é o orador da Conferência Cultural que encerra este Congresso. Em entrevista, traça uma viagem pelo mundo neo-realista, enquadrando-o na actualidade. **Pág. 6**

Como quebrar o ciclo das lesões nos órgãos-alvo?

O presidente da Sociedade Europeia de Hipertensão, Prof. Stéphane Laurent, fala nas relações entre a patofisiologia da rigidez arterial e as complicações cardiovasculares e renais nos doentes hipertensos. E dá sugestões de actuação farmacológica. **Pág. 3**

OPINIÃO

Controlo da hipertensão: evidências científicas

Há muitos elementos críticos no controlo adequado dos doentes hipertensos, como saber quais os doentes que devem ser tratados com hipotensores e de que forma.

Quem tratar

Hoje, sabe-se que o tratamento deve ter em conta o risco cardiovascular global do doente e não visar apenas a redução da pressão arterial. Isto significa que alguns doentes, como os que têm doença cardiovascular estabelecida (acidente vascular cerebral ou enfarte do miocárdio), ou os de alto risco cardiovascular (diabetes ou doença renal), devem diminuir a sua pressão arterial, mesmo que apresentem níveis dentro dos padrões considerados «normais».

Como tratar

O controlo adequado da pressão arterial (PA) deve basear-se em medidas efectivas ao nível do estilo de vida, como a atenção ao peso corporal, o exercício físico, a redução do consumo de sal na dieta e o equilíbrio nutricional.

Relativamente à terapêutica farmacológica, as evidências mostradas pela meta-análise *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collabora-*

tion (publicada em 2008, no *British Medical Journal*, debruçando-se sobre os efeitos da diminuição da PA nos eventos cardiovasculares de uma população adulta) mostrou, claramente, que as diferenças entre classes de medicamentos são pouco significativas, mesmo entre grupos etários distintos, comparativamente aos benefícios da maximização da redução da pressão arterial.

Também é sabido que a redução da pressão sistólica, em todo o mundo, não tem alcançado muito relevo. Nesse sentido, as últimas *guidelines* sugerem que é mais importante salientar as combinações efectivas do que continuar a discutir qual deve ser o medicamento utilizado no início do tratamento.

Além disso, as *guidelines* apoiam a com-

binhação de medicamentos no início do tratamento e, paralelamente, o uso de combinações fixas em doses reduzidas («*single pill*»). A evidência de ensaios individuais pode apontar diferenças de eficácia entre os medicamentos isolados de classes distintas. Algumas destas divergências espelham a extensão da redução da pressão arterial, enquanto que outras podem reflectir a composição do grupo de doentes estudados. **ND**



Prof. John Chalmers
Director do George Institute
for International Health
Professor na Universidade
de Sydney, Austrália

RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

O lugar das classes de medicamentos

- Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) são uma terapêutica de primeira linha (menos eficazes na raça negra) indicada para combinações, mas não com beta-bloqueantes (BB);
- Os antagonistas dos receptores da angiotensina (ARA) são uma terapêutica de primeira linha usada quando os IECA não são bem tolerados;
- Os antagonistas dos canais de cálcio (ACC), uma terapêutica de primeira linha, são eficazes na raça negra e na hipertensão sistólica isolada;
- Os beta-bloqueantes (BB), embora «sob uma nuvem», estão na primeira linha de tratamento da doença coronária e da insuficiência cardíaca;
- Os diuréticos, ainda de primeira linha, são uma excelente base de combinações.

Combinações preferenciais

- IECA + diurético — primeira escolha para caucasianos e asiáticos;
- IECA + ACC — muito eficaz;
- ARA + diurético — muito eficaz (especialmente se o IECA não for bem tolerado pelo doente);
- ACC + diurético — primeira escolha para raça negra e hipertensão sistólica isolada;
- Diurético + BB — segunda linha, mas também eficaz e aditiva.

Combinações a evitar

- IECA + BB — não aditiva;
- IECA + ARA — pode causar eventos renais adversos.

Conferência «*Management of hypertension: update from recent trials*». Hoje, às 10h30 na sala Fénix 3. Presidente: Prof. Jorge Polónia. Conferencista Prof. John Chalmers

Valor através da Inovação

INVESTIGAÇÃO
CARDIOVASCULAR



Boehringer
Ingelheim

Aspectos-chave nas complicações cardiovasculares e renais

A conferência das 11h30 de hoje, na sala Fénix 3, conta com as considerações do presidente da Sociedade Europeia de Hipertensão, Prof. Stéphane Laurent, sobre o tema «Patofisiologia da rigidez arterial e da reflexão de onda na hipertensão: chaves para as complicações cardiovasculares e renais».

Sendo a que a pressão arterial (PA) elevada «é o determinante dos eventos cardiovasculares», Stéphane Laurent, presidente da European Society of Hypertension (ESH), salienta a importância da medição da pressão arterial (PA) braquial, da rigidez da

reconfiguração arterial e ajuda a aumentar a espessura das paredes carótidas, a desenvolver estenoses e placas e a aumentar a prevalência e gravidade das lesões na matéria branca do cérebro».

Uma visão que o presidente da ESH considera «mecanicista», mas geralmente aceite, é que o aumento da rigidez arterial provoca o regresso prematuro das ondas reflectidas na sístole tardia, aumentando a pressão de pulso central e, em consequência, a PA sistólica (PAS). De seguida, a PAS aumenta a pressão sobre o ventrículo esquerdo, ampliando a necessidade de oxigénio no miocárdio e favorecendo o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda.

«O aumento da pressão de pulso central e a diminuição da PA diastólica podem causar isquemia subendocárdica», afirma Stéphane Laurent. Assim, recomenda a medição da rigidez da aorta, que mostra as alterações da parede arterial e pode reflectir lesões paralelas nas artérias coronárias.

Este especialista considera como um «ciclo vicioso» a sequência de acontecimentos que desembocam em danos nas artérias de pequena e grande dimensão. «Os vários tipos de lesões em órgãos-alvo estão relacionados com eventos cardiovasculares», diz. Por isso, «o tratamento anti-hipertensivo deve quebrar este ciclo».

E que cadeia de acontecimentos é esta? Stéphane Laurent fala em diferentes fenómenos. O aumento do rácio lúmen/parede e a rarefacção de pequenas artérias, por exemplo, são «factores maior» para o aumento da PA média. Por outro lado, uma maior PA média contribui para que as grandes artérias se tornem mais rígidas. Ora, essa rigidez é «determinante no aumento da pressão de pulso que, por sua vez, prejudica as pequenas artérias e favorece o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda, o aumento da espessura íntima-média da carótida e a ruptura da placa».

O efeito nocivo da pressão de pulso local tem-se verificado em grandes artérias e, em menor medida, nas pequenas artérias. Estudos recentes mostraram uma estreita relação entre as lesões microvasculares no cérebro e nos rins e a pressão de pulso.

Ao mesmo tempo, outras relações significativas e independentes foram demonstradas entre a rigidez na carótida e a taxa de filtração glomerular (TFG), em doentes com doença renal crónica ligeira a moderada. Stéphane Laurent também sublinha a relação entre a pressão de pulso braquial e a TFG, em doentes idosos com HTA sistólica isolada não tratada, e entre a rigidez arterial e o défice cognitivo, em indivíduos idosos tratados em ambulatório. **ND**



Prof. Stéphane Laurent

aorta e das reflexões de onda de pulso para a definição de prognósticos.

Um dos aspectos sublinhados pelo especialista francês é que «o aumento da rigidez arterial pode contribuir para um maior risco de acidente vascular cerebral (AVC) através de vários mecanismos. Entre eles, está o aumento da pressão de pulso central, que influencia a

EFEITOS DO VASTO LEQUE FARMACOLÓGICO

O presidente da ESH salienta as diferenças encontradas nos vários fármacos usados para controlar a pressão arterial. Tem sido demonstrado, por exemplo, que «os IECA, os ARA II, os diuréticos e os bloqueadores dos canais de cálcio reduzem a rigidez arterial, a PA central e os danos nas pequenas artérias». Em contrapartida, os beta-bloqueadores não-vasodilatadores têm efeitos contrários.

Por outro lado, Stéphane Laurent cita os estudos LIFE e ASCOT para sustentar a afirmação de que «os tratamentos à base de losartan e amlodipina provaram ser mais eficazes na redução dos eventos cardiovasculares do que os tratamentos à base de atenolol».

Interpretados em conjunto, estes dados sugerem que as terapêuticas analisadas podem fazer com que se sobrevalorizem os efeitos dos bloqueadores beta na pressão arterial central sistólica da aorta e com que subestime a eficácia dos IECA, dos ARA II, dos diuréticos e dos bloqueadores dos canais de cálcio.

Pré-hipertensão/PA normal-alta: deverá ser tratada?

OPINIÃO

Dr. Fernando Pinto
Cardiologista no Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira
Tesoureiro da Sociedade Portuguesa de Hipertensão



Numa meta-análise com mais de um milhão de indivíduos foi demonstrada uma forte associação entre a pressão arterial (PA) e a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e por doença coronária (DC). Ao mesmo tempo, foi notado o aumento do risco contínuo, pelo menos para valores acima de 115/75 mmHg, em ambos os sexos e em todos os grupos etários.

Com base nestes dados, o *JNC 7 Report*, publicado em Maio de 2003, introduziu uma nova classificação que incluiu o termo «pré-hipertensão» para valores de PA sistólica entre

120 a 139 mmHg e/ou de PA diastólica entre 80 e 89 mmHg. O objectivo foi identificar os indivíduos com elevado risco de vir a desenvolver hipertensão, em quem uma intervenção precoce pela adopção de estilos de vida saudáveis fosse capaz de diminuir a progressão para a HTA. Porém, o relatório afirmava que a pré-hipertensão não era uma categoria de doença e, como tal,

os pré-hipertensos não eram candidatos a terapêutica farmacológica com base nos seus valores de PA.

As *guidelines* conjuntas das sociedades europeias de Hipertensão (ESH) e de Cardiologia (ESC), publicadas em Junho de 2003, atribuíram a designação de «normal» e «normal-alto» aos valores da PA sistólica 120-129 e 130-139 mmHg e de PA diastólica 80-84

e 85-89 mmHg, respectivamente, mas basearam as decisões das opções terapêuticas não no nível da PA isoladamente, mas no cálculo do risco cardiovascular global.

Esta visão do cálculo do risco global como base para as decisões terapêuticas é ainda mais reforçada nas *guidelines* conjuntas das ESH e ESC, publicadas em Junho de 2007, onde se especificam melhor os factores de prognóstico, classificando-os em factores de risco, lesão subclínica de órgão-alvo e doença cardiovascular ou renal estabelecida.

Por outro lado, diversos estudos demonstraram que o risco de morte cardiovascular e de HTA é muito maior nos indivíduos com pré-hipertensão/PA normal-alta do que nos indivíduos com PA óptima. Assim, a instituição de um tratamento não farmacológico é imperiosa em todos eles. Nos doentes com factores de risco adicionais e/ou maior risco de vir a desenvolver HTA, deverá ser ponderada a instituição de terapêutica farmacológica com o objectivo de reduzir a morbimortalidade cardiovascular. **ND**

Já levantou o seu Analisador do Risco[®] no secretariado?



A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) quer ajudar os médicos que lidam com os doentes de risco cardiovascular na sua decisão clínica. Por isso, desde ontem, está a ser distribuído no secretariado deste Congresso um CD com o Analisador do Risco[®] [Cardiovascular], um *software* homologado pela SPH.

Trata-se de uma ferramenta informática muito intuitiva e de fácil utilização que, tendo em conta o score de risco cardiovascular da Circular Normativa n.º 6/DSPCS (Abril de 2007), da

Direcção-Geral da Saúde, e as últimas *guidelines* das sociedades europeias de Hipertensão e de Cardiologia, calcula o risco de morte cardiovascular a dez anos e dá recomendações ao médico sobre a melhor abordagem para cada doente.

O processo é simples: o médico vai «cliqueando» em cima dos factores de risco que o doente tem, pede o resultado e, no canto inferior direito do ecrã, aparece a percentagem de risco cardiovascular. No final, são impressas duas folhas com o resultado e as recomendações clínicas – uma para o médico e outra para o doente.

O presidente da SPH, Prof. Luís Martins, explica as razões desta aposta: «A circular normativa da DGS existe, mas poucos a cumprem. Por outro lado, há alguma dificuldade em posicionar os doentes consoante as *guidelines*. Com esta ferramenta, tudo isto será

feito no mesmo ecrã. O *software* calcula o risco cardiovascular, classifica a posição do doente nas *guidelines*, faz o diagnóstico e diz como deve ser tratado.»

A ferramenta que está a ser distribuída neste Congresso é ainda experimental. A ideia é que os médicos a levem consigo, a analisem e, depois, enviem sugestões de melhoria (através do *e-mail* support.aurimind@gmail.com). A versão final do *software* «incorporará as sugestões mais adequadas e será enviada para todos os sócios com as quotas em dia, até ao final do próximo mês de Abril», avança Luís Martins.

Se é sócio da SPH e tem as quotas em dia, ainda está a tempo de levantar o seu CD, até ao final da manhã. Se precisar de explicações sobre o *software*, pode dirigir-se à sala ao lado do secretariado, onde está um técnico da empresa que desenvolveu a ferramenta para o ajudar. **ND**



Dr. Bragança Parreira

Quando à hipertensão se associa a diabetes

Às 09h00 de hoje, na Sala Neptuno, fala-se sobre os novos fármacos, o papel do controlo glicémico no risco cardiovascular e a síndrome do envelhecimento vascular precoce.

O papel dos novos fármacos

O Dr. Bragança Parreira, do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital de Santa Maria, diz que, no tratamento do doente com diabetes tipo 2, «os novos fármacos disponíveis no mercado, como as gliptinas (por via oral) e o exenatide (de administração subcutânea e, para já, apenas aprovado nos EUA), são duas novidades terapêuticas importantes, embora as *guidelines* de 2009 da American Diabetes Association não as refiram como opções validadas».

Contudo, não se deve esquecer «o papel da insulina utilizada precocemente para o bom equilíbrio metabólico destes doentes». O tratamento da diabetes tipo 2 «não passa apenas pela redução da HbA1 para um valor inferior a 7%», mas também por «conseguir modificações positivas no estilo de vida do doente, controlar a hipertensão e a dislipidemia, não esquecendo a terapêutica antiagregante, quando recomendada», salienta Bragança Parreira.

Este diabetologista nota, ainda, «o contributo da cirurgia bariátrica na melhoria e, eventualmente, “cura” da diabetes tipo 2 no doente com obesidade marcada». E conclui que se deve sempre «equacionar o custo/benefício e a oportunidade terapêutica, pois os novos antidiabéticos representam um acréscimo de custos para os vários serviços de saúde/ companhias seguradoras». **ND**

«HTA e diabetes» é o tema da mesa-redonda que conta com as preleções do Dr. António Martins Baptista (sobre o papel do controlo glicémico no risco cardiovascular) e do Dr. Bragança Parreira (acerca dos novos fármacos antidiabéticos). Apesar de não poder estar presente neste Congresso, o Prof. Peter Nilsson falou com o *Notícias Diárias* sobre o tema que lhe estava destinado – síndrome do envelhecimento vascular precoce (EVP) – e que vai ser apresentado pelo Prof. Stéphane Laurent.

De acordo com este especialista do Departamento de Ciências Médicas da Lund University, na Suécia, com o envelhecimento vascular normal, a aterosclerose é um processo comum – devido à menor quantidade de elastina e maior de colagénio, mas também por causa das modificações nas

paredes dos vasos arteriais, associadas à vasodilatação endotélio-dependente.

«Nos doentes com hiperglicemia e diabetes tipo 2, um componente adicional de modificações glicémicas nas proteínas das paredes dos vasos – a glicação – contribui para a rigidez arterial, reflectida não só pelos níveis de HbA1c (hemoglobina glicada), mas também pelos produtos avançados de glicação (*Advanced Glycation End products* – AGE)», explica Peter Nilsson.

Segundo este especialista, geralmente, «a velocidade de onda de pulso é aceite como o método mais simples e não-invasivo para determinar a rigidez arterial, podendo prever a ocorrência de eventos cardiovasculares». O risco aumenta especialmente acima dos 12 m/seg., que é, segundo as *guidelines* de 2007 da Sociedade Europeia de Hipertensão, o limiar para o controlo da HTA.

O SUCESSO DOS PEQUENOS-ALMOÇOS DE TRABALHO

Os pequenos-almoços de trabalho, um espaço de formação que a Comissão Organizadora do Congresso reservou para os internos mais ligados à área da hipertensão, tiveram «casa cheia». Este ano, a sua habitual componente prática foi reforçada com a distribuição de dois cadernos de bibliografia do Programa de Formação Médica Contínua (um sobre Hipertensão Secundária e outro sobre Hipertensão e Lesão em Órgão-alvo) e do *Curriculum Nuclear em Hipertensão Arterial*.

Apesar da hora matutina, nas sexta-feira e no sábado, as duas sessões «contaram com prelectores de referência nacional na área da HTA, inclusive da Comissão Temporária de Formação da SPH, que deram um contributo valioso», resume Pedro Cunha.

A VIAGEM DA SPH PELAS ESCOLAS

No primeiro e segundo dias deste Congresso, a SPH visitou três escolas do 1.º ciclo, em Quarteira, e explicou a cerca de 600 alunos o que é a hipertensão (HTA), como se desenvolve e de que forma é possível evitá-la. Além disso, também recebeu um grupo de estudantes do 9.º ano, no Tivoli Marinotel, que assistiram a uma palestra sobre o tema.

«O risco cardiovascular destas crianças ainda é baixo, mas queremos alertá-las desde já para as poupar da doença», diz o Dr. Pedro Cunha, membro da Direcção e coordenador do Núcleo de Internos da SPH. Assim, este médico, as Dr.ªs Margarida Rocha e Sara Pereira e o Prof. Luís Martins protagonizaram esta «cruzada pela saúde» no Algarve.

A iniciativa surgiu no âmbito do Dia Mundial da Hipertensão (17 de Maio) de 2008 e, entretanto, já passou por escolas de Guimarães e do Porto. Contudo, conseguiu atingir uma amplitude nacional, pois foi reportada pela RTP, SIC e TVI.

Para Pedro Cunha, a promoção de estilos de vida saudáveis pode «evitar o aumento da fileira de cerca de quatro milhões de doentes hipertensos em Portugal». Por outro lado, as crianças são excelentes veículos de transmissão de mensagens preventivas a outros públicos, como os próprios pais.



Dr. David Santos, director do Museu do Neo-Realismo

«A classe médica portuguesa tem uma larga tradição intelectual»

A conferência de encerramento deste Congresso, marcada para as 12h00, tem um cariz cultural. O convidado deste ano é David Santos, o director do Museu do Neo-Realismo, em Vila Franca de Xira, e vem traçar o panorama da arte e da literatura de expressão neo-realista.



No ano passado, também houve uma conferência sobre o Neo-realismo neste Congresso. Como encara o interesse renovado da Comissão Organizadora por este tema?

De facto, o entusiasmo do Dr. Rasiklal Ranchhod [que preside à conferência] pelo Neo-realismo, bem como pelo Museu, continua bem vivo. Sentimo-nos, por isso, muito agradados com este novo convite.

O que vai apresentar de diferente em relação ao que o Prof. Vítor Viçoso disse no ano passado?

O Prof. Vítor Viçoso, uma vez que é especialista em literatura portuguesa do século XX, fez uma intervenção essencialmente focada nas questões literárias. Eu, como director do Museu, tenho a obrigação de apresentar o Neo-realismo na sua dimensão global, revelando a riqueza e a pluralidade deste movimento que nasceu da polémica literária, alargando-se, depois, a muitas outras dimensões disciplinares.

Que condicionalismos propiciaram o aparecimento do Neo-realismo?

O contexto da Guerra Civil Espanhola e a eclosão da II Guerra Mundial determinaram uma consciencialização política de alguns jovens escritores, como Alves Redol, João José Cochofel, Mário Dionísio ou Soeiro Pereira Gomes. A partir dos anos 30, estes escritores começaram a reivindicar o seu papel de intervenção social. Ora, a ideia de que a arte

pode ajudar a alterar as condições políticas e sociais do País acabou por se alargar aos artistas plásticos, ao teatro ou ao cinema, logo no período pós-guerra.

Com o movimento neo-realista, criou-se um grupo intelectual e artístico de oposição ideológica ao salazarismo, apostado num «novo humanismo» que buscasse, simultaneamente, uma elevação artística e social. A questão político-social era um imperativo incontornável, ainda que, nessa época, a criatividade artística não tivesse cedido a sua intrínseca liberdade às questões políticas.

Considera que a classe médica é um público que se interessa pelo Neo-realismo?

Penso que sim. A classe médica portuguesa tem uma larga tradição intelectual, sobretudo associada à literatura e às artes plásticas. Muitos médicos foram e são escritores. Lembro Miguel Torga, Fernando Namora, Arminho Rodrigues ou António Lobo Antunes, por exemplo. No fundo, essa apetência para a cultura é uma espécie de complemento à dimensão humanista que a própria profissão médica apresenta. Nessa medida, estou convencido de que o tema da minha conferência será bem recebido e que os médicos presentes ficarão mais interessados em visitar o Museu do Neo-realismo, frequentando-o regularmente. Este não é apenas um espaço onde se pode apreciar o que os artistas neo-

realistas produziram; é também um local onde se pode ver o que os artistas contemporâneos mais politizados nos apresentam.

O Museu do Neo-realismo preocupa-se em ser também contemporâneo?

Procuramos introduzir uma dimensão de contemporaneidade no Museu, porque a crítica política e social dos artistas, raiz da intervenção neo-realista, não desapareceu. Por isso, o que hoje se produz ao nível da crítica ao sistema político-económico vigente tem lugar neste Museu. Por exemplo, organizamos ciclos de arte e exposições de literatura contemporânea, que, não fazendo directamente política, ainda hoje buscam uma intervenção em torno das questões político-sociais.

O neo-realismo e o Museu português que o acolhe são os destaques da sua intervenção neste Congresso?

Vou falar do movimento neo-realista de uma maneira geral, explicando como esta arte abraça a ideia de intervir socialmente. Ao mesmo tempo, procurarei valorizar a intervenção sociocultural do Museu, falando da necessidade de preservarmos a memória, porque ela é absolutamente estrutural, inclusive para as novas gerações. Porque a memória do Neo-realismo não diz respeito a valores cristalizados. Pelo contrário, este movimento deixou-nos um legado de cidadania, intervenção cívica, consciencialização política e responsabilidade social. **ND**

Hipertensão e doença renal: um problema duplo

Hoje, às 09h00, na mesa-redonda «HTA e nefropatia» (sala Fénix 3), os Drs. José Vinhas, Edgar Almeida e António Ramires falam no desafio de controlar a hipertensão dos doentes com problemas renais.

Sabendo que as duas complicações mais preocupantes da doença renal crónica são a possibilidade de progredir para falência renal e o aumento do risco de morte cardiovascular, o Dr. José Vinhas, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), levanta um problema: «O tratamento da falência renal representa um custo desproporcional no orçamento do Estado.»

Sendo que «o risco de morte por complicação cardiovascular é muito superior ao de progressão para falência renal», este médico foca a «importância das estratégias de prevenção e tratamento». Neste sentido, diz que «os medicamentos mais eficazes» são os anti-hipertensores. Contudo, alerta para o facto de várias das «crenças nefrológicas», nesta área, não estarem apoiadas em forte evidencia científica. Nesse sentido, o médico faz uma revisão crítica daquilo a que chama «as seis crenças nefrológicas».

Há estudos que provam a superioridade dos antagonistas dos receptores da angiotensina (ARA) em relação aos outros hipotensores na redução da progressão da doença renal crónica (DRC) em indivíduos com diabetes tipo 2 e dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) nos diabéticos tipo 1. Outros sugerem que os IECA são mais eficazes nessa

redução em doentes não diabéticos, sobretudo se apresentarem proteinúria significativa. «Mais controversos são os efeitos da terapêutica combinada IECA/ARA», diz o médico.

«Até à data, apenas o estudo COOPERATE avaliou adequadamente o impacto da terapêutica combinada na progressão da DRC, mas os seus dados são considerados pouco fiáveis», refere José Vinhas. Depois, o *endpoint* renal do estudo ONTARGET mostrou-se semelhante com um ARA (2,2%) e um IECA (2%) e mais frequente com a terapêutica combinada (2,5%). Mas «estes resultados têm de ser interpretados no âmbito de uma análise secundária».

Por outro lado, o presidente da SPN explica que, embora as *guidelines* definam como alvo uma PA inferior a 130/80 mmHg para os doentes renais crónicos, nenhum estudo randomizado e desenhado para responder a esta questão confirmou a hipótese de que valores mais baixos reduziriam a progressão da DRC ou os eventos cardiovasculares. A conclusão do especialista é de que «a evidência disponível é insuficiente para fazer recomendações seguras».

Ainda na mesma mesa-redonda, depois da intervenção do Dr. Edgar Almeida sobre a avaliação da função renal no hipertenso, o Dr. António Ramires, nefrologista no Centro Hospitalar



Dr. José Vinhas



Dr. António Ramires

de Coimbra, discute a dupla inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) no doente renal. As dúvidas incidem, sobretudo, no potencial e na segurança deste duplo bloqueio.

É possível inibir o SRAA em monoterapia, com IECA, ARA ou inibidor da renina. Mas a acção pode não ser completa e permitir a formação da angiotensina II. Então, pensou-se no bloqueio duplo do SRAA. «Em termos patofisiológicos, a associação IECA/ARA pode ter vantagens, mas, secundariamente, pode originar episódios de hipotensão graves e levar à deterioração da função renal», diz o médico.

António Ramires vê a dupla inibição como uma hipótese para casos muito particulares de doentes com HTA resistente em que as primeiras vias de tratamento não resultaram ou não foram bem toleradas. No entanto, esta combinação requer «uma vigilância apertada dos parâmetros da função renal e do potássio sérico».

A dupla inibição com propósitos antiproteínuricos «deve ser restrita aos doentes com excreção urinária de proteínas superior a um grama e imediatamente suspensa se surgir redução significativa da função renal». **ND**

«Janela» de opiniões sobre o 3.º Congresso



Prof. João Gorjão Clara

Responsável pela Consulta de Hipertensão do Idoso no Serviço de Medicina III do Centro Hospitalar de Lisboa Norte

«Tem sido muito simpático assistir às conferências desta reunião, à semelhança do que já aconteceu nos congressos anteriores. Aliás, a qualidade é cada vez maior e talvez isso justifique o êxito deste Congresso e a elevada participação. Esta área interessa-me particularmente, porque assisti à criação do Núcleo de Estudos em Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, fui dos primeiros a participar nas consultas de hipertensão e estive no primeiro simpósio da área em Portugal, em 1974.»



Dr.ª Olga Capela

Médica de Clínica Geral no Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

«Gostei muito do último Congresso, por isso, decidi voltar. É uma reunião muito rica, que aborda questões práticas e importantes para nós, médicos de Clínica Geral. Além disso, podemos tirar muitas das nossas dúvidas. Por exemplo, às mulheres com HTA que tomavam pílula e que iam à minha consulta, eu recomendava o abandono do contraceptivo oral e, na mesa-redonda "Controlo das vias no tratamento da doença vascular cerebral", percebi que não é necessário suspender a pílula em todos os casos.»

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**

MICARDIS PLUS
TELMISARTAN + HCTZ **80/12.5**



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



**Boehringer
Ingelheim**

1) The ONTARGET Investigators. N Engl J Med 2008; 358:1547-1559. 2) Swinnen W, Entzweath M, Van Melick J, et al. A review on telmisartan: a novel, long acting angiotensin II receptor antagonist. Cardiovascular drug reviews. 2000;18:107-116. 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 antihipertensor 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, vômitos, hipotensão (incluindo hipotensão ortostática), bradicardia, taquicardia, alterações da função hepática, perturbações hepáticas, compromisso renal, incluindo falência renal aguda, hipercalemia, 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€) **MICARDIS PLUS 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. 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, hipocalcemia refractária, hipercalemia. **Efeitos indesejáveis:** **Telmisartan + HZT:** Frequentes (≥1/100 a <1/10): bronquite, faringite, sinusite, infecções do tracto respiratório superior, infecções do tracto urinário, hipercolesterolemia, hipocalcemia, ansiedade, torturas, 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, hipervicemia. 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, vômitos, hipotensão (incluindo hipotensão ortostática), bradicardia, taquicardia, alterações da função hepática, perturbações hepáticas, compromisso renal, incluindo falência renal aguda, hipercalemia, 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, torturas, parestesia, perturbações do sono, visão turva, xantopsia, vertigens, anímia, 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, necrólise epidérmica tóxica, astenia, espasmo muscular, nefrite intersticial, compromisso renal, púrcia. Resultados laboratoriais: Hiperfibrinemia, glicosúria, hiperuricemia, desequilíbrio electrolítico (incluindo hiponatremia e hipocalcemia), 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: 16,39€; Utente: 7,36€); Regime Especial 84% (Estado: 19,94€; Utente: 3,80€)

Para mais informações, contactar o titular da AIM.