

# Notícias Diárias

Publicação de distribuição gratuita

**6º CONGRESSO PORTUGUÊS  
DE HIPERTENSÃO  
E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL**

**INTERNATIONAL MEETING  
ON HYPERTENSION  
AND GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK**

**9 a 12  
FEV 2012**  
Tivoli Marina Vilamoura - Algarve

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

Fevereiro 2012

dia 9, quinta-feira

dia 10, sexta-feira

**DIA 11, SÁBADO**

dia 12, domingo

## PORTUGUESES E FRANCESES DEBATEM HIPERTENSÃO PARA ALÉM DOS NÚMEROS



Decorre hoje, entre as 9h00 e as 10h30, na sala Fénix 3, um dos momentos mais aguardados deste Congresso: o primeiro simpósio luso-francês, sob o tema «*Hipertension: au-delà des chiffres*». Os franceses Jacques Blacher, Bernard Lévy e Jean-Jacques Mourad (ao centro, da esq. para a dta.) e o português Fernando Pinto são os quatro preletores desta sessão comoderada por José Nazaré, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Pág.3

### «NOVOS» FATORES DE RISCO

Marcadores lipídicos, interações farmacológicas e fatores de risco não tradicionais estão em destaque na mesa-redonda que decorre entre as 9h00 e as 10h30, na sala Neptuno. **Pág.4**

### AS GUIDELINES ESTÃO ATUAIS?

«Será necessário uma re-apreciação das *guidelines* da ESH/ESC?» Esta é a questão que dá o mote ao simpósio entre a European Society of Hypertension (ESH) e a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). **Pág.6**

CALL TO ACTION

**DUPLO MECANISMO DE AÇÃO - INIBE AS 2 FONTES DE COLESTEROL!**  
**MAIS DOENTES ATINGEM OS VALORES-ALVO DE c-LDL<sup>e23</sup>**  
vs. estatinas em monoterapia nas doses comparadas  
**GERALMENTE BEM TOLERADO!**

**Bial**

PORTELA & C<sup>o</sup>, S. A.



## SIMPÓSIO LUSO-FRANCÊS VAI PARA ALÉM DOS NÚMEROS

Hoje, entre as 9h00 e as 10h30, na sala Fénix 3, o primeiro simpósio luso-francês – que conta com largas dezenas de médicos franceses na assistência – vai refletir sobre aspetos menos flagrantes da abordagem da hipertensão arterial. Os quatro preletores antecipam as ideias-chave das suas intervenções.

por Ana João Fernandes



«**E**stá demonstrado que o tratamento da hipertensão arterial, cuja prevalência ascende aos 40% na população portuguesa, reduz globalmente as doenças cardiovasculares (DCV) em cerca de 30% (sendo essa diminuição ainda mais marcada no AVC). Apesar deste excelente resultado, é visível que outros fatores de risco (FR) estão envolvidos de forma significativa. Múltiplos estudos de *coorte* mostram que a HTA existe isoladamente em menos de 20% dos doentes e que mais de 55% têm dois ou mais fatores de risco concomitantes. Presente em mais de metade dos adultos portugueses, a dislipidemia agrava significativamente o risco cardiovascular dos doentes com HTA, tal como a diabetes *mellitus*, que em Portugal tem uma prevalência na ordem dos 12% nos adultos.

Assim, de uma abordagem tradicional em que cada especialidade se preocupava em corrigir uma alteração, por vezes ignorando as comorbilidades presentes, evoluiu-se para uma abordagem integrada dos diversos FR, quer na estratificação de risco, quer na escolha das atitudes terapêuticas. É hoje claro que a intervenção precoce em vários fatores de risco proporciona uma maior redução dos eventos cardiovasculares de morbimortalidade.»



«**O**risco residual de hipertensão arterial é uma noção epidemiológica recente, que tem algum impacto clínico: a mera redução da pressão arterial graças ao tratamento anti-hipertensivo não é suficiente para corrigir totalmente o risco cardiovascular de um hipertenso. Para obter uma prevenção cardiovascular otimizada, deve-se tentar padronizar o conjunto de parâmetros hemodinâmicos recentemente associados ao excesso de risco (pressão noturna, pressão central, variabilidade tensional, etc.) e os fatores modificáveis associados à HTA, tais como o colesterol LDL alto ou HDL baixo.»



«**P**odemos considerar que o risco residual nos doentes hipertensos é provavelmente multifatorial. As alterações arteriais na HTA são parcialmente irreversíveis, por isso, é «normal» que os hipertensos tratados tenham um risco superior ao dos normotensos.

Numerosos dados da literatura indicam que o risco cardiovascular está mais intimamente associado com o nível de pressão arterial central do que com o nível da pressão arterial periférica e, portanto, a normalização da PA periférica nem sempre é suficiente para normalizar a pressão sanguínea aórtica. Neste sentido, os inibidores de enzima de conversão da angiotensina parecem ser preferíveis a outras classes de fármacos.

Dados recentes da literatura médica fornecem à variabilidade tensional virtudes prognósticas até então insuspeitas. Um hipertenso normalizado, mas com variabilidade tensional agravada pode estar em risco persistente. Similarmente, para a pressão arterial central, os anti-hipertensores não são todos equivalentes em matéria de redução da variabilidade tensional e os antagonistas dos canais do cálcio ficam “fora do jogo” no que respeita ao maior efeito sobre esse parâmetro.»



«**A**parede vascular está continuamente sujeita a fatores mecânicos relacionados com a pressão e o fluxo sanguíneo local. Usando vários modelos experimentais e clínicos, demonstrámos que a remodelação arterial secundária a hipertensão conduz a uma normalização da tensão da parede vascular. Em paralelo, a formação de placas ateroscleróticas é acelerada e agravada pela HTA.

A remodelação arterial na sequência de uma elevação da pressão também afeta as propriedades mecânicas da parede arterial, que se torna mais rígida em doentes hipertensos, resultando num aumento da velocidade da onda de pulso, por si só responsável por um aumento da amplitude das ondas de reflexão e, assim, de pressão da aorta central. Trata-se de um círculo viciado: pressão arterial elevada leva a remodelação hipertrófica da parede arterial, que participa ela mesma num agravamento da HTA e da doença aterosclerótica.» **ND**

3  
NA CAPA  
Hoje

4  
Hoje

5  
Hoje

6  
Hoje

7  
Hoje

8  
Hoje

9  
Hoje

10  
Hoje

11  
Hoje

11 de  
fevereiro  
2012

## O LUGAR DOS NOVOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Risco cardiovascular e doença periodontal, fatores não tradicionais, marcadores lipídicos e interações farmacológicas são as temáticas abordadas na mesa-redonda que começa às 9h00, na sala Neptuno.

por Sara Pelicano

Os Drs. Vítor Paixão Dias, Cristina Alcântara e Alberto Mello e Silva são três dos intervenientes na mesa



«**M**arcadores lipídicos: quais e a quem pedir» é o tema da intervenção do Dr. Alberto Mello e Silva, diretor do Serviço de Medicina do Hospital Egas Moniz, no âmbito da mesa-redonda «Risco cardiovascular global: importância dos “novos” fatores», que decorre entre as 9h00 e as 10h30.

«O colesterol total (CT), o colesterol das HDL (c-HDL), o colesterol das LDL (c-LDL) e os triglicérideos (TG) são os parâmetros a ter em atenção no diagnóstico das dislipidemias. Devem pedir-se estas análises a pessoas com evidência de aterosclerose, independentemente do leito vascular afetado; pessoas com diabetes tipo 2, independentemente da idade; e pessoas com história familiar de doença cardiovascular prematura ou de dislipidemia hereditária», explica o também presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

Alberto Mello e Silva alerta para um novo

paradigma nesta área, que se traduz na expressão «*treat risk, not LDL-cholesterol targets*». «Ao colocar o enfoque no risco cardiovascular global em vez dos níveis c-LDL a atingir, estaremos a melhorar os resultados clínicos dos nossos doentes, a reduzir a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e os custos», sublinha.

### Fatores não tradicionais a considerar

A Dr.<sup>a</sup> Cristina Alcântara, internista no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, também participa na mesa-redonda, com o tema «Que outros fatores não tradicionais considerar na prática clínica atual?». «A proteína C-reativa e a homocisteína são alguns dos fatores não tradicionais que começam a ser associados ao risco cardiovascular», explica.

O cerne da questão está em saber em quem procurar estes riscos não tradicionais. Para a especialista, o enfoque deve recair

sobre os «doentes que não têm fatores de risco tradicionais, mas têm doença aterosclerótica generalizada e/ou grave, com eventos cardiovasculares em idades jovens e as crianças obesas que podem vir a tornar-se doentes cardiovasculares». Uma vez que não existem *guidelines* para os fatores de risco não tradicionais, «a abordagem fica ao critério e bom senso de cada clínico», defende Cristina Alcântara.

### Interações terapêuticas

Por sua vez, o Dr. Vítor Paixão Dias, internista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, falará sobre interações terapêuticas com implicações clínicas. «As interações fármaco-fármaco são responsáveis por cerca de 6 a 10% das interações adversas a medicamentos», refere o internista, acrescentando que este tema permite o regresso «aos princípios-chave da farmacologia clínica, que adquirem maior relevância nos doentes mais idosos, polimedicados, por vezes frágeis e com várias comorbilidades».

Vítor Paixão Dias explica ainda que «o sistema da citocromo P450, uma superfamília de várias enzimas, está no centro dos processos metabólicos que envolvem vários fármacos utilizados no tratamento da doença vascular». Em conclusão, este especialista sublinha que «a farmacogenómica poderá permitir, num futuro de médio prazo, a identificação de biomarcadores com utilidade clínica», que possibilitem a utilização «de uma terapêutica personalizada, melhorando a eficácia dos medicamentos e prevenindo a ocorrência de efeitos adversos». **ND**

## PATOLOGIA CARDIOVASCULAR E DOENÇA PERIODONTAL

A relação entre a doença periodontal e as patologias cardiovasculares é outro dos temas da mesa-redonda, sendo desenvolvido pelo **Prof. Ricardo Faria Almeida, presidente da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes**. Embora não seja possível estabelecer uma relação causa/efeito direta, verifica-se que, «quando a hipertensão arterial é mais grave, associam-se graus mais severos de doença periodontal». Por isso, tem-se tentado perceber se, ao tratar a «doença periodontal, será possível influenciar os parâmetros relacionados com a HTA», afirma o palestrante.

Também se tem verificado uma relação entre a doença periodontal, os partos prematuros e a diabetes. No âmbito da sua tese de doutoramento, Ricardo Faria Almeida estudou uma população de doentes diabéticos e verificou «uma melhoria considerável nos parâmetros da hemoglobina glicosilada, ao efetuar o tratamento periodontal aos seis meses e ao ano em doentes com diabetes tipo 2, sem alterações na medicação e nos seus hábitos de vida, com a mesma patologia e exatamente a mesma evolução.»

O especialista defende, por isso, que as diversas especialidades devem atuar em conjunto, como tem sucedido entre a Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes e a SPH.



3

NA CAPA  
Hoje

4

Hoje

5

Hoje

6

Hoje

7

Hoje

8

Hoje

9

Hoje

10

Hoje

11

Hoje

## HTA RESISTENTE - DIAGNÓSTICO E NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS



Na mesa-redonda «Hipertensão resistente», que tem lugar hoje, entre as 11h00 e as 12h00, na sala Fénix 3, o **Dr. José Alberto Silva (à dta.)** fala sobre a importância de saber identificar os falsos casos e o **Prof. Michel Azizi (à esq.)** aborda um novo método terapêutico: a desnervação renal.

por Sara Pelicano

A HTA resistente é frequente na prática clínica. O Dr. José Alberto Silva, responsável pela Unidade de Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, sublinha que, «segundo alguns autores, ocorre em 5 a 10% das consultas de Clínica Geral e em 25 a 30% das consultas de referência». Este especialista explica que deve considerar-se que um doente tem HTA resistente «sempre que os valores de PA permanecem superiores a 140/90 mmHg», apesar da medicação com «três anti-hipertensores de grupos farmacológicos distintos, nas suas doses máximas, ou maximamente toleradas, inalterada e sem interrupção por mais de um mês, sendo obrigatoriamente um deles um diurético».

No entanto, esta definição de HTA resistente apresenta algumas limitações com as quais os médicos se deparam na sua prática clínica. «Desde logo, a necessidade de os fármacos serem de grupos farmacológicos distintos, uma vez que, em muitas situações, deparamo-nos com doentes medicados com fármacos do mesmo grupo terapêutico, mas com tipos de atuação diferentes (por exemplo, um antagonista dos canais do cálcio dihidroperidínico com outro não dihidroperidínico, ou um inibidor da enzima de conversão da angiotensina – IECA – com um antagonista dos recetores da

angiotensina – ARA II)», explica José Alberto Silva.

O especialista sublinha ainda que «a necessidade de um dos três fármacos associados ser, obrigatoriamente, um diurético coloca problemas de classificação aos doentes que estão medicados com três fármacos de grupos diferentes (mas nenhum deles é um diurético) nas doses maximamente toleradas e não têm a sua pressão arterial controlada».

Outro aspeto que será realçado na mesa-redonda por José Alberto Silva é a falsa HTA resistente, que pode dever-se a vários fatores, como o efeito bata branca e uma dieta com excesso de sal. Mas é ainda importante ter em conta os fatores atribuíveis aos médicos, tais como «a inércia terapêutica, a utilização de doses inadequadas dos fármacos e de combinações inapropriadas, terapêutica inadequada com diuréticos, sobretudo em situações de excesso de volume, presença de insuficiência renal progressiva ou interação entre vários fármacos».

### Das velhas técnicas se fazem novas

Na mesma mesa-redonda, Michel Azizi, professor na Université Paris Descartes, em França, fala sobre as novas abordagens terapêuticas na hipertensão arterial resistente, sublinhando que há um crescente interesse por técnicas antigas.

Por exemplo, na década de 1960, na ausência de agentes anti-hipertensivos por via oral, «os doentes com hipertensão grave eram tratados com desnervação cirúrgica do rim». Contudo, este procedimento foi associado à existência de eventos adversos e alta taxa de mortalidade.

Michel Azizi explica que existe agora «um novo sistema de cateter, que utiliza a energia de radiofrequência, permitindo uma abordagem endovascular à desnervação renal e proporcionando aos doentes com HTA resistente uma nova opção terapêutica, menos invasiva que a cirurgia». Este procedimento pode ser realizado rapidamente, sob anestesia local.

A nova técnica foi apenas avaliada em estudos abertos, que incluíram um pequeno número de doentes com hipertensão descontrolada e adequada anatomia da artéria renal. Segundo Michel Azizi, «a evidência disponível sugere um favorável efeito de descida da pressão sanguínea a curto prazo (seis meses) e uma baixa incidência de complicações locais e endovasculares no imediato». Contudo, meio ano de estudo é insuficiente para detetar a ocorrência tardia de eventos adversos, por isso, o especialista francês conclui que «a relação risco/benefício desta técnica continua em estudo». **ND**

3  
NA CAPA  
Hoje

4  
Hoje

5  
Hoje

6  
Hoje

7  
Hoje

8  
Hoje

9  
Hoje

10  
Hoje

11  
Hoje

3

NA CAPA  
Hoje

4

Hoje

5

Hoje

6

Hoje

7

Hoje

8

Hoje

9

Hoje

10

Hoje

11

Hoje

11 de  
fevereiro  
2012



**PROF. KRZYSZTOF  
NARKIEWICZ**

Ex-presidente da European Society of Hypertension

O simpósio entre a SPH e a Sociedade Europeia tem como ponto de partida a seguinte pergunta: «Será necessária uma re-apreciação das *guidelines* da ESH/ESC (European Society of Cardiology)»? Qual a sua opinião a este respeito?

Sim, nós precisamos de uma re-apreciação das *guidelines* europeias. A última versão integral foi publicada em 2007. Existem novos estudos e ensaios publicados durante os últimos cinco anos que têm de ser resumidos nas *guidelines* que serão lançadas em 2013.

Na sua perspetiva, qual deve ser o papel dos centros de excelência e das sociedades científicas nacionais no desenvolvimento e na implementação das *guidelines*?

Nas regiões onde atuam, os centros de excelência deverão: definir padrões de diag-

## «PRECISAMOS DE UMA REAVALIAÇÃO DAS *GUIDELINES*»

Partilha, com o Dr. José Nazaré, a moderação do Simpósio entre a European Society of Hypertension (ESH) e a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), hoje, entre as 15h30 e as 17h00, na sala Fénix 3. Em entrevista, o Prof. Krzysztof Narkiewicz reflete sobre a necessidade de novas *guidelines* e outros aspetos atuais relativos à hipertensão arterial a nível europeu.

por Ana João Fernandes

nóstico e tratamento da hipertensão arterial de acordo com as diretrizes atuais; avaliar e melhorar o controlo da pressão arterial nos cuidados de saúde primários e secundários e nos centros de hipertensão; e oferecer oportunidades de educação médica continuada com foco nos clínicos gerais.

Além disso, deve haver cooperação com outros Centros de Excelência em Hipertensão da ESH, para aumentar a compreensão da importância da hipertensão como um grande risco de saúde na Europa, e também como o Conselho Científico da ESH, para elaborar novas estratégias de controlo. Tanto as sociedades nacionais como os centros de excelência podem apresentar ao Conselho da ESH as suas propostas sobre o desenvolvimento e implementação das *guidelines*.

Apesar de as sociedades científicas fazerem esforços grandes para difundir as *guidelines*, reconhece-se que existe uma grande lacuna entre o que é recomendado e o que é alcançado. Como pode essa diferença ser reduzida na prática?

A diferença é realmente significativa, mas, felizmente, está a diminuir. O controlo da pres-

são arterial na Europa está a melhorar. Não obstante, ainda devemos concentrar os nossos esforços na educação dos médicos e dos doentes. Simplificar, sempre que possível, o tratamento, reduzindo o número de tomas diárias da medicação, bem como apostar numa ampla medição da pressão arterial em casa são outras medidas que sugerimos.

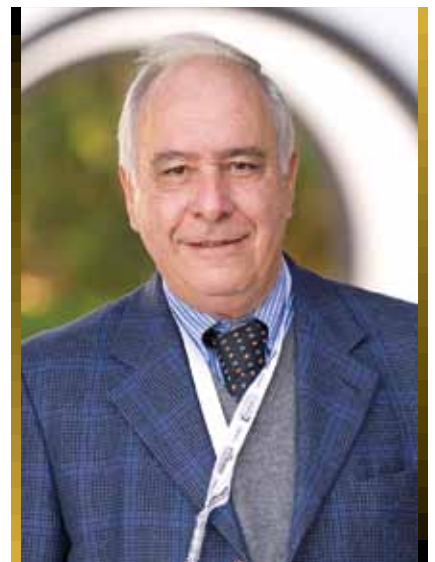
Passou em 2011 a presidência da ESH para o Prof. Josep Redon. Como vê o trabalho desenvolvido por esta Sociedade? Está no caminho certo?

A ESH está em muito boa forma. Várias iniciativas anteriores (como, por exemplo, o *ESH Specialist Program*, a Rede dos Centros de Excelência da ESH, as *Summer e Winter Schools* e o projeto de *e-learning*) ainda são muito bem sucedidas. Sob a liderança do Prof. Redon, a Sociedade está a desenvolver um novo programa de afiliação com associações e várias sociedades nacionais, que deve fortalecer a posição da ESH. Recebemos um número muito elevado de resumos para a nossa reunião anual (a decorrer de 26 a 29 de abril próximo, em Londres), um grande evento da nossa Sociedade. **ND**

## TRATAMENTO DA HTA EM SITUAÇÕES CLÍNICAS PARTICULARES

Hoje, pelas 11h00, na sala Neptuno, decorre a terceira sessão do Curso de Pós-graduação em Hipertensão Arterial. O Prof. Carlos Moreira (à esq.) é o formador deste módulo que, moderado pelo Dr. João Saavedra (à dta.), aborda o tratamento em situações clínicas particulares.

por Sara Pelicano



CS

IDEIAS-CHAVE DAS QUATRO INTERVENÇÕES DO SIMPÓSIO ESH/SPH



PROF. PETER NILSSON (SUÉCIA)

**CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL NOS DOENTES COM DIABETES DE TIPOS 1 E 2**

«Publicações recentes têm sublinhado a necessidade de um controlo apropriado da pressão arterial [PA] em doentes com diabetes. Para os doentes com diabetes de tipo 2, as evidências científicas apontam um objetivo de PA sistólica entre os 130 e os 135 mmHg, e de PA diastólica abaixo dos 80 mmHg, mas não dos 70 mmHg. Em doentes com diabetes de tipo 1, os estudos indicam que o controlo mais rígido da PA deve ser paralelo ao desenvolvimento da albuminúria.»

3  
NA CAPA  
Hoje



PROF. ANTONIO COCA (ESPAÑA)

**OBJETIVOS DA PRESSÃO ARTERIAL EM DOENTES DE ALTO RISCO**

«As *guidelines* da ESH/ESC de 2007 vieram substituir o antigo paradigma “quanto mais baixo, melhor” por “quanto mais cedo, melhor”. Estas *guidelines* definiram que o objetivo terapêutico, na generalidade da população hipertensa com mais de 18 anos, deve assentar numa redução sustentada da PA para níveis inferiores a 140 mmHg em relação à PA sistólica e a 90 mmHg para a PA diastólica. No caso dos doentes de alto risco, a PA deve ser reduzida para valores mais baixos do que os preconizados para a generalidade da população hipertensa (130/80 mmHg).»

4  
Hoje



PROF. STÉPHANE LAURENT (FRANÇA)

**AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL EM VÁRIAS POPULAÇÕES**

«O risco de doença cardiovascular (DCV) continua a representar um desafio, apesar de todos os esforços de prevenção e tratamento. São, por isso, necessários novos modelos fisiopatológicos. A minha conferência irá focar-se na rigidez da artéria aorta; em conceitos como o de biomarcador “tecidual” ou “imagem”, aplicados à rigidez arterial; na descrição da metodologia de medição; e nas ligações fisiopatológicas que permitem explicar a ocorrência de AVC e de enfarte do miocárdio em doentes com alta rigidez arterial. Irei também levantar a questão da rigidez arterial como um marcador indireto do risco de DCV.»

5  
Hoje



PROF. MARGUS VIIGIMAA (ESTÓNIA)

**PAPEL DOS CENTROS DE EXCELÊNCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DAS GUIDELINES**

«Os Centros de Excelência em Hipertensão da ESH transformaram-se numa rede pan-europeia. Existem, atualmente, 147 Centros, oito dos quais localizados em países não europeus, como Austrália, China, Brasil, Israel, Líbano ou Venezuela. Passaram a desempenhar um papel muito importante na implementação das *guidelines* da ESH e na oferta de oportunidades de educação médica contínua, focando-se na formação dos médicos dos cuidados de saúde primários da região onde estão inseridos. Além disso, os Centros de Excelência em Hipertensão estabelecem padrões de diagnóstico e tratamento da HTA nesses locais e avaliam e melhoram o controlo da PA.»

6  
Hoje

7  
Hoje

8  
Hoje

A hipertensão arterial (HTA) pode apresentar-se como resistente, secundária e mascarada. São estes três aspetos que o Prof. Carlos Moreira, do Serviço de Medicina I do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, aborda no terceiro módulo do Curso de Pós-graduação em HTA. «A mais difícil de diagnosticar é a hipertensão mascarada», diz o especialista. Por isso, os médicos devem ter em atenção «as lesões de órgãos-alvo que existam sem causa aparente, as retinopatias e as análises à urina onde são encontradas lesões renais não expetáveis» para poderem diagnosticar uma HTA mascarada. Feito o diagnóstico, Carlos Moreira acredita que, «na maioria dos casos, os doentes podem ser acompanhados pelo mé-

dico de Medicina Geral e Familiar (MGF)».

Nos casos de HTA secundária, o tratamento deve ser mais personalizado. Cada causa, cada tratamento. «No fundo, é necessário ver se há fatores responsáveis pela hipertensão que se possam eliminar. Se não for possível, deve ajustar-se o tratamento à causa», adianta o também docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Quanto à HTA resistente, cuja «incidência é muito baixa», Carlos Moreira diz que, «mais uma vez, a maior dificuldade está no diagnóstico». «Há um conjunto de fatores que devem ser procurados para encontrar a HTA resistente. Por isso, estes doentes devem ser indicados para consulta de referência.» Geralmente, é nestes casos que se registam mais efeitos secundários da tera-

pêutica, cuja oferta é mais restrita.

O Curso de Pós-graduação em HTA é mais dirigido a médicos de MGF e a internos. «Na verdade, são os médicos de Clínica Geral que estão na primeira linha do combate à HTA», comenta o moderador do 3.º módulo do curso, Dr. João Saavedra, presidente da Comissão de Formação da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. «Os médicos de família, às vezes, não têm a noção da gravidade destas situações e empatam o tratamento. Outras vezes, enviam imediatamente os doentes hipertensos para as consultas de especialidade, quando há muito trabalho que eles podiam fazer antes de os referenciar», acrescenta o moderador, justificando, assim, a importância destas sessões de formação. **ND**

9  
Hoje

10  
Hoje

11  
Hoje

## ESTADO DA ARTE DOS TRATAMENTOS PARA A FIBRILHAÇÃO AURICULAR

O Dr. António Jara é o primeiro interveniente da mesa-redonda «Fibrilhação auricular», que decorre hoje, entre as 11h00 e as 12h00, na sala Pégaso, falando sobre o tema «Tratamento antiarrítmico: o estado da arte». O outro orador da mesa é o Dr. Jorge Ferreira, cardiologista no Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide, que apresenta o tema «Tratamento anticoagulante/antiagregante: o estado da arte». Ficam aqui os resumos do que será dito.

3  
NA CAPA  
Hoje

4  
Hoje

5  
Hoje

6  
Hoje

7  
Hoje

8  
Hoje

9  
Hoje

10  
Hoje

11  
Hoje

11 de  
fevereiro  
2012



**TRATAMENTO  
ANTIARRÍTMICO**

**Dr. António Jara**  
Cardiologista no Hospital Espírito  
Santo, em Évora



**TRATAMENTO  
ANTICOAGULANTE/  
/ANTIAGREGANTE**

**Dr. Jorge Ferreira**  
Cardiologista no Hospital  
de Santa Cruz, em Carnaxide

«A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustida mais frequente, ocorrendo em 1 a 2% da população em geral. Muitas vezes «silenciosa», a sua incidência andarà pelos 2%. Em Portugal, o estudo FAMA, realizado junto de indivíduos com mais de 40 anos de idade, encontrou uma incidência de 2,5%. A FA é mais frequente nos idosos e, com o envelhecimento da população, prevê-se uma duplicação de casos nos próximos 50 anos.

Estando associada a morbilidade e mortalidade significativas, a FA reduz a qualidade de vida, embora seja assintomática em 33% dos doentes, podendo ocorrer em todos os estádios do contínuo das doenças cardiovasculares. Nos primeiros estádios, a presença dos fatores de risco (hipertensão arterial, diabetes, obesidade e outros) predispõe para FA, mas o desenvolvimento de lesões clínicas ou subclínicas dos órgãos-alvo predispõe os doentes para FA e aumenta o risco de doença cardíaca.

Na minha intervenção, abordarei a importância do diagnóstico precoce, mesmo nos doentes assintomáticos, referindo a fisiopatologia consoante os tipos de FA (paroxística, persistente, persistente de longa duração e permanente) e indicando as intervenções terapêuticas preferenciais.

Com base nas *guidelines*, nos estudos AFFIRM, RACE, AF-CHF, na qualidade de vida dos doentes e nos efeitos deletérios dos fármacos antiarrítmicos, também será discutido em quem controlar o ritmo cardíaco e em quem controlar a frequência cardíaca. Além disso, serão ainda apresentados os prós e os contras dos novos antiarrítmicos como a dronedarona, nomeadamente depois dos estudos PALLAS e ANDROMEDA. As indicações para terapêutica de ablação, considerando os seus riscos e a dependência da experiência do operador, também serão abordadas.

Finalmente, será dado ênfase à importância de olhar para cada doente individualmente, considerando a idade, os sintomas, o tipo de FA, as comorbilidades, o risco de taquimiocardiopatia ou de descompensação de insuficiência cardíaca crónica e os resultados dos centros de eletrofisiologia à disposição.»

«A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais frequente na prática clínica, com uma prevalência de 2,5% nos indivíduos com mais de 40 anos. Constitui uma importante causa de morbilidade, mortalidade e grau de incapacidade, por estar associada a um aumento de cinco vezes no risco de acidente vascular cerebral (AVC).

Diversos estudos estabeleceram a terapêutica anticoagulante oral com antagonistas da vitamina K (AVK) como a melhor estratégia na prevenção do AVC na FA. No entanto, os AVK apresentam muitas limitações do ponto de vista farmacológico, como interações alimentares e medicamentosas, bem como variabilidade do metabolismo com a idade e com a presença de comorbilidades que obrigam a monitorização laboratorial da atividade anticoagulante, para ajuste da dose. Estas limitações traduzem-se numa subutilização desta terapêutica na prática clínica, o que deixa muitos doentes sem a proteção antitrombótica adequada.

Os antiagregantes plaquetares, como o ácido acetilsalicílico ou o clopidogrel, são os antitrombóticos de eleição para a prevenção do AVC associado à doença aterosclerótica carotídea, mas são claramente inferiores aos antagonistas da vitamina K no contexto de FA.

A nova terapêutica anticoagulante oral com antagonistas reversíveis de fatores da coagulação específicos representa um avanço notável na prevenção do AVC na FA. O dabigatran no estudo RE-LY, o rivaroxabano no estudo ROCKET-AF e o apixabano no estudo ARISTOTLE apresentaram vantagens sobre a varfarina.

A nova anticoagulação oral não necessita de monitorização laboratorial, tem uma melhor relação eficácia/segurança e um mais fácil manejo em caso de cirurgia/endoscopia. O dabigatran tem ainda melhor relação custo/efetividade do que a varfarina nos doentes com indicação mandatória para terapêutica anticoagulante oral.» **ND**



## MENOS TRÊS GRAMAS DE SAL POR DIA PODEM SALVAR 5 860 VIDAS POR ANO

A afirmação que titula este texto é uma das conclusões da conferência «Sal e HTA em Portugal», que tem como orador o Prof. Jorge Polónia. O tema é abordado hoje, entre as 17h30 e as 18h00, na sala Fénix 3.

por Sara Pelicano

### HTA E AVC: FACTOS DE UMA PERIGOSA RELAÇÃO

- O aumento da pressão arterial (PA) tem uma relação qualitativa e quantitativa direta com a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC);
- Vários autores defendem que a mortalidade por AVC pode ser usada como marcador de controlo adequado da PA na população;
- Atualmente, regista-se uma diminuição da mortalidade por AVC em Portugal, mas as projeções apontam para um crescimento em 2015;
- O consumo médio de sal em Portugal é de 12 gramas diários, o dobro do recomendado pela Organização Mundial de Saúde;
- A redução de três gramas de sal por dia poderia levar a uma redução de 10 a 15% na taxa de incidência de AVC;
- A redução de seis gramas de sal por dia, de forma persistente, poderá resultar numa diminuição na ordem dos 24% no AVC e de 18% na doença coronária;
- Em Portugal, a redução de três gramas de sal nos hábitos alimentares diários pode evitar 5 860 mortes por ano.

Em Portugal, a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) é superior à registada noutros países da Europa. Na conferência «Sal e HTA em Portugal», o **Prof. Jorge Polónia**, docente na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, avança algumas explicações para este facto. «Há estudos que demonstram a existência de uma associação linear entre a prevalência de hipertensão arterial e mortalidade por AVC e é indiscutível que o aumento da pressão arterial [PA] se relaciona com o aumento do AVC», começa por explicar o conferencista. Conclui-se, portanto, que a forma mais eficaz de prevenir o AVC é controlar a PA: «Qualquer medida terapêutica que controle a PA também reduz o risco de AVC e a consequente mortalidade. Isto é válido em qualquer idade.»

A redução da PA parece trazer sempre melhorias na qualidade de vida da população. O estudo ACCORD, publicado em 2010, «mostrou que, em diabéticos, quando se baixa intensamente a PA, a única variável que

melhora é a redução do risco de AVC», diz Jorge Polónia, acrescentando: «Há vários autores que dizem que a mortalidade por AVC pode ser usada como marcador do controlo adequado da PA na população.»

No caso particular de Portugal, existe uma relação entre o aumento do risco de AVC e os hábitos alimentares. Além disso, «vários estudos sugerem que, para além do aumento da PA, o sal pode ter um efeito tóxico direto sobre o sistema nervoso central», alerta Jorge Polónia. As *guidelines* referem como norma a ingestão de seis gramas de sal por dia no máximo, na população adulta. Em Portugal, segundo estudos de Jorge Polónia sobre a excreção de sódio na urina de 24 horas, verifica-se uma ingestão média de 12 gramas de sal. Tendo por base esta evidência, o conferencista questiona: «Será que o aumento da HTA em Portugal poderá ter a ver com o consumo de sal, podendo determinar o aumento de AVC?»

A resposta pode ser dada por vários estudos já realizados, cujos resultados mos-



tram que, quando aumenta a quantidade de sal ingerida, também aumenta a PA; quando se reduz o consumo de sal, a PA também reduz». Outros trabalhos verificaram que, «com a redução de três gramas de sal por dia, é possível conseguir uma redução de 10 a 15% na taxa de AVC».

A concluir, Jorge Polónia ressalva que a redução de seis gramas de sal por dia, de forma persistente, levaria a uma redução do risco de AVC na ordem dos 24% e de doença coronária de cerca de 18%. «Em Portugal, se conseguirmos reduzir três gramas de sal nos hábitos alimentares diários, poderemos conseguir evitar cerca de 5 860 mortes por ano!» **ND**

3  
NA CAPA  
Hoje

4  
Hoje

5  
Hoje

6  
Hoje

7  
Hoje

8  
Hoje

9  
Hoje

10  
Hoje

11  
Hoje

11 de  
fevereiro  
2012

## SINERGIAS POSITIVAS NO COMBATE À HTA E À DISLIPIDEMIA

Hoje, às 18h00, a sala Fénix 3 acolhe o simpósio-satélite Bial. O Prof. Francisco Rocha Gonçalves e o Dr. Carlos Aguiar vão refletir sobre a melhor abordagem da hipertensão arterial e da dislipidemia, numa sessão moderada pelo Dr. José Nazaré.

«**N**uma percentagem muito significativa dos doentes hipertensos, coexiste a presença de dislipidemia, diabetes e, frequentemente, síndrome metabólica. Por isso, a atuação terapêutica deve ter em conta os vários fatores de risco, o que implica uma seleção criteriosa dos fármacos», afirma o Dr. José Nazaré, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) e moderador do simpósio-satélite Bial, subordinado ao tema «Sinergias positivas no combate à HTA e dislipidemia».

«Os tratamentos da hipertensão e da dislipidemia variam em função do doente, das suas comorbilidades prévias e do grau de risco vascular futuro», prossegue o cardiologista do Hospital Egas Moniz, acrescentando: «Deve-se, assim, aferir o *score* de risco – segundo a tabela da Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) e o grau de risco acrescentado – segundo a tabela da Sociedade Europeia de Hipertensão (SEH) – para se definir a estratégia de tratamento mais adequada, num contexto de risco cardiovascular global.»

Na perspectiva de José Nazaré, «deve dar-se privilégio às associações fixas de fármacos, de modo a que o número de comprimidos em toma diária seja menor». «Consegue-se, com esta estratégia, uma maior adesão ao tratamento e um melhor controlo da situação.»

### Combate à HTA...

«Na maioria das situações de HTA (de risco acrescentado muito alto, alto e, eventualmente, também moderado), o tratamento deve ser iniciado de imediato, com uma associação de fármacos, de preferência em formulação fixa», afirma o moderador do simpósio.

Esta perspectiva é corroborada pelo Dr. Carlos Aguiar, cardiologista no Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide, e um dos palestrantes, que acrescenta: «Quando o risco cardiovascular é elevado, os doentes hipertensos devem ter um regime terapêutico que inclua um inibidor do sistema da renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), visando proteger os órgãos-alvo.» Além disso, nota o orador,

«os antagonistas dos canais de cálcio são a classe preferida em termos de combinações, porque aumentam a eficácia de qualquer outra classe terapêutica que seja usada».

Posto isto, Carlos Aguiar conclui: «É muito lógico que uma associação preferencial no tratamento da HTA seja a de um inibidor do SRAA com um bloqueador dos canais de cálcio, tendo, neste contexto, a associação amlodipina/valsartan uma ampla evidência de proteção cardiovascular e renal em todo o contínuo das doenças cardiovasculares.»

«Deve dar-se primazia às associações de moduladores do sistema renina-angiotensina-aldosterona com antagonistas do cálcio, por terem demonstrado, em estudos recentes, serem mais eficazes em termos de melhoria do prognóstico, sobretudo em doentes de alto e muito alto risco acrescentado», reforça José Nazaré.

### ...e às dislipidemias

No caso das dislipidemias, qual o lugar das associações terapêuticas? De acordo com José Nazaré, «as estatinas são os fármacos de primeira linha na maioria das situações clínicas; no entanto, em função da necessidade de se atingir os valores-alvo definidos, é prática corrente (também recomendada nas *guidelines*) a utilização de associações».

Com efeito, «a solução para os doentes que não respondem à terapêutica com estatinas não está na subida das doses, mas sim em juntar-lhes um inibidor da absorção do colesterol, como a ezetimiba», acrescenta o Prof. Francisco Rocha Gonçalves, cardiologista no Hospital de São João e também interveniente neste simpósio.

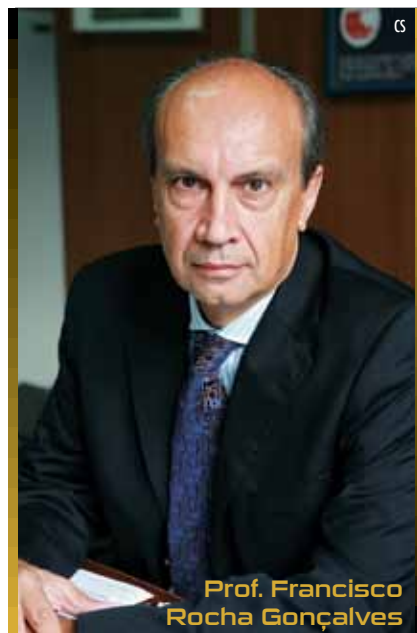
«Em vários estudos que compararam as associações ezetimiba/sinvastatina e sinvastatina/placebo, foi possível demonstrar um benefício ao nível da morbidade cardiovascular, com uma descida aplicável dos eventos ateroscleróticos major», refere o palestrante, realçando: «Os efeitos adversos são praticamente nulos. Não são conhecidas interações medicamentosas importantes, nomeadamente relacionadas com a absorção de vitaminas lipossolúveis. Tudo aponta para que a associação ezetimiba/sinvastatina seja segura, eficaz e um bom princípio terapêutico a ter em conta», remata Rocha Gonçalves. **ND**



Dr. José Nazaré



Dr. Carlos Aguiar



Prof. Francisco Rocha Gonçalves

3

NA CAPA  
Hoje

4

Hoje

5

Hoje

6

Hoje

7

Hoje

8

Hoje

9

Hoje

10

Hoje

11

Hoje

# FLASH INTERVIEW AO DR. FERNANDO PINTO SOBRE O CONGRESSO DE 2013



Já é público que o Dr. Fernando Pinto voltará a ser o presidente da Comissão Organizadora do 7.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, que decorrerá de 28 de fevereiro a 3 de março de 2013. Os restantes elementos da equipa deste ano vão manter-se?

Como se costuma dizer, não se muda uma equipa vencedora, pelo que vou reformular o convite a todos os membros da Comissão Organizadora do 6.º Congresso [Drs. Pedro

Cunha, Rasiklal Ranchhod, Cristina Alcântara, Clarinda Neves, José Carlos Marinho, Luísa Moreira e Paula Alcântara], para aceitarem o desafio de organizar o Congresso de 2013. Provavelmente, se o número de inscritos continuar a aumentar, como aconteceu este ano, haverá necessidade de alargar o número de elementos da Comissão Organizadora.

**Sobre o programa científico, já pode adiantar algo?**

Pretendemos manter as novidades introduzidas este ano, como o Curso de Pós-Gr-

duação em Hipertensão Arterial, que está a ser um sucesso nas suas várias sessões, com salas sempre cheias. Em 2013, vamos também reforçar a aposta na internacionalização do nosso Congresso, com mais palestrantes e congressistas estrangeiros e mais sessões com tradução simultânea em inglês e português. O registo informal e interativo da Sessão Plenária entre a Sociedade Portuguesa de Hipertensão e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar revelou-se um sucesso, pelo que também o vamos manter e ampliar.

**E quanto aos temas das várias mesas-redondas e conferências?**

Lançamos o desafio a todos os interessados em participar no próximo Congresso para que nos façam chegar, através os contactos da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, sugestões de temas, palestrantes e modelos de comunicação para o encontro de 2013. Essas sugestões serão analisadas na primeira reunião formal da Comissão Organizadora do 7.º Congresso, que está marcada para o início do próximo mês de abril. **ND**

3  
NA CAPA  
Hoje

4  
Hoje

5  
Hoje

6  
Hoje

7  
Hoje

8  
Hoje

9  
Hoje

10  
Hoje

11  
Hoje

11 de  
fevereiro  
2012

OPINIÃO

**Dr.ª Maria João Lima**  
Internista no Hospital  
de São João, no Porto



NOTA: A Dr.ª Maria João Lima é a preletora da conferência «A cronobiologia na abordagem da HTA», moderada pela Dr.ª Teresa Rodrigues, que tem lugar hoje, pelas 17h30, na sala Neptuno.

## INFLUÊNCIA DA CRONOBIOLOGIA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O conceito de homeostasia (constância do meio interno) tem sido um dos princípios básicos das Ciências Biológicas e, nomeadamente, da Medicina. De acordo com este princípio, o risco de ocorrência e exacerbação das doenças, bem como a resposta aos testes diagnósticos e à terapêutica, seriam independentes da altura do dia, do dia do mês e do mês do ano. No entanto, a sofisticação progressiva dos métodos de estudo e a própria prática clínica têm vindo a mostrar que isso nem sempre é verdade e que, pelo contrário, as funções biológicas têm ritmos próprios que podem depois ser influenciados por fatores externos. São esses ritmos biológicos que permitem a adaptação às variações cíclicas do meio ambiente.

A cronobiologia estuda e sistematiza

os ritmos biológicos, a sua influência na manifestação das doenças e tenta encontrar as estratégias mais adequadas para a sua abordagem, tanto diagnóstica como terapêutica.

Se a Medicina clínica se preocupa com o que perturba o doente, como deve ser estudado e como deve ser tratado, a cronobiologia acrescenta a dimensão temporal: quando é que os sintomas são mais intensos e o risco de eventos é maior, quando devem ser estudados e quando devem ser tratados.

A aplicação desta perspetiva temporal à Medicina cardiovascular, nomeadamente à hipertensão arterial, tem conduzido a descobertas recentes, que podem fazer alterar significativamente a prática clínica nesta área. **ND**

## Notícias Diárias

Ficha Técnica

NOTA: os textos desta publicação estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.



**EDIÇÃO:**  
Esfera das ideias  
Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E • 1150 - 023 Lisboa  
Tel.: (+351) 219 172 815  
geral@esferadasideias.pt  
www.esferadasideias.pt

**Direção:** Madalena Barbosa  
(mbarbosa@esferadasideias.pt)  
**Assessora de direção:** Zaida Fernandes  
(zfernandes@esferadasideias.pt)  
**Textos:** Ana João Fernandes (coordenação),  
Sara Pelicano e Vanessa Pais  
**Fotografia:** Luciano Reis  
**Design:** Filipe Chambel

CONGRESSO ORGANIZADO POR:



**Sociedade Portuguesa de Hipertensão**  
Avenida Visconde de Valmor, n.º 12, R/C D.º  
1000 - 291 Lisboa  
Tel.: (+351) 217 960 097  
Fax: (+351) 217 960 098  
geral@sphta.org.pt  
www.sphta.org.pt

PATROCÍNIO EXCLUSIVO:



