ISSN: 1646-8287

NÚMERO 35

ÓRGÃO OFICIAL DA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

REVISTA PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR

- Prevenção de Tromboembolismo na Fibrilhação Auricular: Estudo Transversal num Hospital Distrital
- As Curvas J - Para Além da Hipertensão Arterial
- Os Desafios da Inconsistência no Tratamento da Hipertensão Arterial
- Particularidades da Hipertensão na Gravidez
- Realidade da HTA em Diferentes Países Lusófonos
- *Hot Topics* da Hipertensão Arterial em 2013
- Resumos 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular

MAIO/JUNHO 2013

capa.indd 1 6/25/2013 5:22:16 PM

ÍNDICE

6
ARTIGO ORIGINAL
• Prevenção de Tromboembolismo na Fibrilhação Auricular: Estudo Transversal num Hospital Distrital
• Tromboembolism Prevention in Atrial Fibrillation: a Cross-Sectional Study

12
ARTIGO DE OPINIÃO
• As Curvas J - Para Além da Hipertensão Arterial

18
RESUMOS DE CONFERÊNCIAS
• Os Desafios da Inconsistência no Tratamento da Hipertensão Arterial
• Particularidades da Hipertensão na Gravidez
• Realidade da HTA em Diferentes Países Lusófonos
• *Hot Topics* da Hipertensão Arterial em 2013

24
SUMMER SCHOOL ESH
• 2013 ESH Hypertension Summer School

26
SUMMER SCHOOL SPH
• 2013 SPH Hypertension Summer School

30
RESUMOS
• 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular
• 7th International Meeting on Hypertension and Global Cardiovascular Risk

FICHA TÉCNICA
Revista Médica Bimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12 do D. R. nº 8/99 de Junho de 1999.

ISNN 1646-8287

N.ºs avulsos: 10€
Assinatura anual: 35€
Tiragem: 5.000 exemplares
Depósito legal: 265384/07
Propriedade:
Grande Mensagem, Edições e Publicidade, Lda.
Av. Bombeiros Voluntários, n.º 52, Loja 8 Sala G
1495-022 Algés
Tel: 91 439 81 85
Fax: 21 357 90 21
E-mail: revphip@gmail.com
Design gráfico:
Inês Almaça Tlm: 91 485 46 00
E-mail: inesalmaca@hotmail.com

Impressão:
CMYKGLOSS Impressores, Lda.
Estrada de Barros, Elospark, Pav. 6
2725-193 Algueirão - Mem Martins
Tel: 21 926 15 97/8
Fax: 21 926 15 99
E-mail: geral@cmyk.pt

capa.indd 3 6/25/2013 5:22:18 PM

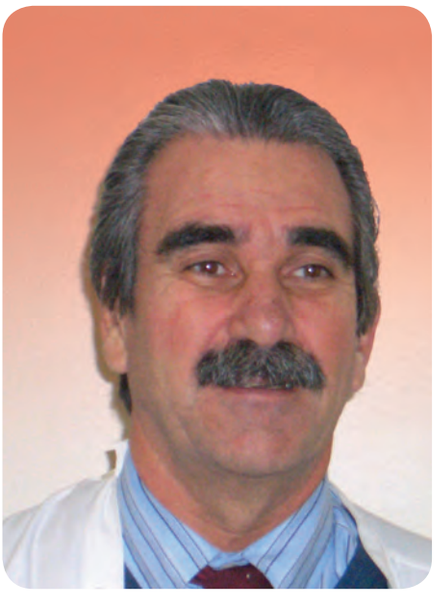
Editor Chefe / Editor-in-Chief
Prof. J. Braz Nogueira

Editor Adjunto / Deputy Editor
Dr. Vitor Ramalhinho

Conselho Científico Nacional e Internacional
National and International Scientific Board
Prof. Manuel Carrageta
Prof. Ricardo Seabra Gomes
Prof. Luís Martins
Prof. Fernando Pádua
Prof. Gorjão Clara
Prof. Pereira Miguel
Prof. Martins Prata
Prof. José Barbas
Prof. Rocha Gonçalves
Prof. Victor Gil
Prof. Luciano Ravara
Prof. Salgado Borges
Prof. Rui Carrapato
Prof. Jose Juanatey
Prof. Josep Redon
Prof. Fernando Nobre
Prof. Pinto Carmona
Prof. Agostinho Monteiro
Prof. Massano Cardoso
Prof. Luz Rodrigues
Prof. Jorge Polónia
Prof. Manuel Bicho
Prof. José Luís Medina
Prof. Davide Carvalho
Prof. Luís Sobrinho
Dr. Alcindo Maciel Barbosa
Dr. João Saavedra
Dr. Oliveira Soares
Dr. Soares Franco
Dr. Vital Morgado
Dr. Mariano Pego
Dr. Rasiklal Ranchhod
Dr. Lacerda Nobre
Dr. Pastor Santos Silva
Dr. António Jara

Conselho Redactorial / Editorial Board
Prof. Pinto Carmona
Prof. Agostinho Monteiro
Prof. Massano Cardoso
Prof. Jorge Polónia
Prof. Manuel Bicho
Prof. José Luís Medina
Prof. Davide Carvalho
Dr. Luís Calçada Correia
Dr. José Nazaré
Dr. Jorge Cotter
Dra. Teresa Fonseca
Dr. João Maldonado
Dr. Carlos Moreira
Dr. Mesquita Bastos
Dr. José Alberto Silva
Dra. Paula Amado
Dra. Paula Alcântara
Dra. Teresa Rodrigues
Dr. Pedro Marques da Silva
Dr. Fernando Pinto
Dr. Pedro Guimarães Cunha

EDITORIAL



No presente número da nossa Revista chama-se em particular a atenção para o artigo de Andreia Gomes da Costa e colabs que aborda o importante problema da medicação anticoagulante em doentes internados com fibrilhação auricular não valvular (77% hipertensos) num Serviço de Medicina Interna da Unidade de Aveiro do Centro Hospitalar Baixo Vouga. Apesar da indicação, apenas 14,5% estavam hipocoagulados aquando do internamento (tal como descrito em outros estudos) o que se verificou mesmo nos doentes com elevado risco tromboembólico e baixo risco hemorrágico. Embora levando em conta o pequeno número de doentes analisados este estudo é mais um testemunho da preocupante baixa percentagem de doentes devidamente anticoagulados, particularmente nas idades mais avançadas onde predomina a terapêutica com antigregantes plaquetários.

O interessante artigo de opinião de José Carmona põe a tónica na existência de curva em J não só para a pressão arterial mas também noutras patologias ou circunstâncias como a diabetes, a ingestão alcoólica, a prática de exercício e a duração e qualidade do sono, o que poderá condicionar a abordagem terapêutica destas situações.

São publicados ainda resumos de algumas das conferências do VII Congresso Português de Hipertensão e das XIII Jornadas de Hipertensão do Hospital de Matosinhos que abordam problemas do maior interesse e complexidade no campo da hipertensão arterial.

J. Braz Nogueira

capa.indd 4 5/30/2013 10:36:35 AM

PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO NA FIBRILHAÇÃO AURICULAR: ESTUDO TRANSVERSAL NUM HOSPITAL DISTRITAL

TROMBOEMBOLISM PREVENTION IN ATRIAL FIBRILLATION: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Andreia Gomes da Costa[1]
André Silva-Pinto[1]
Gorete Jesus[2]
Dulcídia Sá[2]

[1] Interno(a) de ano comum a realizar estágio de Medicina Interna no Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade de Aveiro, Aveiro, Portugal
[2] Assistente Hospitalar de Medicina Interna no Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Morada e endereço eletrónico do autor responsável pela correspondência:
Andreia Gomes da Costa
Travessa das Pregudas, 39
4455-193 Paiço-Lavra
andreiafgcosta@gmail.com

RESUMO

A Fibrilhação Auricular afeta 2.5% da população portuguesa e aumenta em cinco vezes a prevalência de AVC que constitui a principal causa de morte no nosso país. Após o diagnóstico da Fibrilhação Auricular não valvular devem ser aplicados os scores de risco de tromboembolismo (CHA2DS2VASc) e de risco hemorrágico (HASBLED). Os doentes com CHA2DS2VASc ≥1 devem ser hipocoagulados independentemente do seu score HASBLED, apesar de um score HASBLED>2 implicar cautela e revisão regular do risco hemorrágico.

O objetivo primário deste estudo foi aferir o tratamento preventivo de tromboembolismo realizado pelos doentes com Fibrilhação Auricular. Os objetivos secundários foram avaliar as características demográficas, comorbilidades, scores de risco, taxa de mortalidade e sua significância estatística.

Foi realizado um estudo observacional, transversal e retrospetivo que englobou 69 doentes internados numa enfermaria de Medicina de um hospital distrital com o diagnóstico principal ou secundário de Fibrilhação Auricular.

A amostra era constituída por indivíduos com idade média de 81.43 anos, com ratio masculino: feminino de 1:2 e com elevada taxa de comorbilidades. Todos os doentes incluídos tinham indicação para realizar tratamento hipocoagulante. Não obstante apenas 14.49% estavam hipocoagulados, sendo mais frequente a realização de antiagregantes plaquetários ou de nenhum tratamento. 43.49% dos doentes apresentavam baixo risco hemorrágico (HASBLED ≤2). Se se corrigisse dois fatores de risco modificáveis (uso de anti-inflamatórios não esteróides e/ou antigregantes plaquetários e Índice internacional normalizado) 72.47% dos doentes passavam a ser incluídos no grupo de baixo risco hemorrágico. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o tratamento prescrito para profilaxia do tromboembolismo: os doentes mais jovens recebiam mais frequentemente hipocoagulantes e os doentes mais idosos eram mais comummente antiagregados. A taxa de mortalidade global foi de 29% (22% no internamento e 9% no pós-alta).

ABSTRACT

Atrial fibrillation affects 2.5% of the Portuguese population. It raises 5 times the prevalence of stroke - the major cause of death in this country. After the diagnosis of non valvular atrial fibrillation, we should apply the thromboembolic risk (CHADS2VASc) and the hemorrhagic risk (HASBLED) scores. The patients with CHADS2VASc ≥ 1 should be anticoagulated independently of their HASBLED score. A HASBLED score > 2 implies caution and regular revision of the hemorrhagic risk.

The primary aim of this study was to report the thromboembolic preventive treatment applied to the patients with atrial fibrillation. The secondary aims were to assess the demographic characteristics, comorbidities, risk scores, mortality rate and their statistic significance.

An observational, cross-sectional and retrospective study was performed including 69 patients admitted to a Medicine ward in a district hospital with a primary or secondary diagnosis of atrial fibrillation.

The sample was composed by patients with a mean age of 81.43 years, a ratio man:female 1:2 and high rate of comorbidities. All patients had indication to be anticoagulated: only 14.49% were anticoagulated and the prescription of antiaggregant or no treatment was more frequent. 43.49% of the patients had low hemorrhagic risk (HASBLED≤2). If two of these modifiable risk factors were corrected (Non-steroidal anti-inflammatory drugs use and/or anti-aggregant drugs or labile International normalized ratio) 72.47% of the patients would be included in the low hemorrhagic risk. We found statistically significant differences between age and prescribed treatment for thromboembolism prophylaxis: younger patients received more frequently anticoagulation and older patients were more commonly antiaggregated. The global mortality rate was 29% (22% in hospital and 9% after discharge).

INTRODUÇÃO

A fibrilhação auricular (FA) atinge 1.5 a 2% da população mundial sendo mais prevalente no grupo etário entre os 75-85 anos (1). Na população portuguesa esta patologia é ainda mais frequente afetando cerca de 2.5% da população (2). A FA apresenta uma relação estreita com o acidente vascular cerebral (AVC) – sendo responsável por até 20% dos AVC isquémicos – aumentando em cerca de 5 vezes a sua prevalência (1). Em Portugal, o AVC é a principal causa de morte (3) e o diagnóstico e tratamento da FA atempados afiguram-se ainda mais importantes. Além da patologia cerebrovascular, importa mencionar o seu papel no aumento da incidência de insuficiência cardíaca congestiva em até 3 vezes, bem como no elevado número de hospitalizações e na elevada taxa de mortalidade que acrescenta a estes doentes (1).

O rastreio oportunista da fibrilhação auricular deve ser implementado nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos através da palpação do pulso seguida da realização de eletrocardiograma, se o pulso se encontrar arrítmico (4). O passo que se segue ao diagnóstico de FA é a aplicação de dois scores de risco: CHA2DS2VASc – avalia o risco tromboembólico – e HASBLED – avalia o risco hemorrágico. O score CHA2DS2VASc baseia-se em fatores de risco major e fatores de risco não major relevantes (5) e foi validado por múltiplos coortes (6). Trata-se de um

ArtigoOriginal1.indd 6 6/25/2013 5:23:28 PM

acrónimo para C – insuficiência cardíaca congestiva/disfunção do ventrículo esquerdo, H – hipertensão, A – idade ≥ 75 (*age*) (dois pontos), D – diabetes, S – AVC (*stroke*) (dois pontos), V – doença vascular, A – idade entre 65-74 (*age*) e S – género feminino (*sex*) (5). A aplicação deste score permite, essencialmente, a identificação dos pacientes com muito baixo risco – o risco trombótico pode variar entre 0%/ano (score 0), 0.6% (score 1), 1.6% (score 2), 8.0% (score 7) e 11,1% (score 8) (5) . O score HASBLED enfatiza os fatores de risco hemorrágicos passíveis de serem alterados (7, 8): H – hipertensão descontrolada, A – função renal ou hepática anormal (*abnormal*), S – AVC (*stroke*), B – história de hemorragia ou predisposição hemorrágica (*bleeding*), L – *Internatinal Normalized Ratio* (INR) lábil, E – idosos (*elderly*), D – fármacos (*drugs*; antiagregantes plaquetários ou anti-inflamatórios não esteróides) ou álcool (9) . Os pacientes com score CHA2DS2VASc de baixo risco (idade <65 e FA isolada) não devem receber tratamento; aqueles com ≥ 1 fator de risco devem receber terapia efetiva para prevenção tromboembólica (10) (exceto as mulheres com baixo risco (11, 12)). Importa salientar que o score HASBLED não exclui, independentemente do seu valor, a aplicação da terapêutica antitrombótica. No entanto um score >2 implica cautela e revisão regular do risco hemorrágico (1).

O tratamento com fármacos antiagregantes plaquetários é muito controverso – a efetividade da aspirina é baixa (13-15) e o seu risco hemorrágico é similar ao risco da hipocoagulação oral, especialmente nos mais velhos (15-18). Desta forma, este tratamento deve ser confinado apenas àqueles que recusam qualquer forma de anticoagulação oral (1). A terapia efetiva de prevenção tromboembólica é a anticoagulação oral com varfarina ou com um dos novos anticoagulantes orais (9). A varfarina é o tratamento *gold-standard* da FA não valvular. Contudo, é apenas efetiva se o tempo no intervalo terapêutico for superior a 70% (10). A terapêutica preferida, atualmente, são os novos anticoagulantes orais (1): dabigatrano (19), rivaroxabano (20) e apixabano (21) que mostraram ser, pelo menos, não inferiores à varfarina no que respeita à eficácia e segurança. A prescrição destes novos fármacos baseia-se em fundamentos essenciais: ausência de diferença na eficácia entre eles, ausência de um antídoto específico, importância da aderência ao tratamento, avaliação da função renal mandatória periodicamente, ausência de necessidade de ajuste da dose e tratamento

Tabela 1 – Descrição das variáveis

Variável	Descrição
Género	Masculino ou Feminino
Idade	Idade em anos
Tipo de fibrilhação auricular	Persistente ou paroxística
Insuficiência cardíaca	Presença de sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita, esquerda ou ambas, confirmada por métodos invasivos ou não invasivos que objetivem disfunção cardíaca
Hipertensão arterial	Tensão arterial sistólica> 140 mmHg e/ou diastólica> 90 mmHg ou sob tratamento antihipertensor
Grau de controlo da hipertensão arterial	Pressão arterial sistólica > 160 mmHg
Acidente vascular cerebral	Diagnóstico prévio de acidente vascular cerebral
Acidente isquémico transitório	Diagnóstico prévio de acidente isquémico transitório
Tromboembolismo sistémico	Diagnóstico prévio de tromboembolismo sistémico
Doença arterial coronária	Enfarte do miocárdio, angina de peito, intervenção coronária percutânea ou cirurgia de *bypass* cardíaco
Doença arterial periférica	Claudicação intermitente, cirurgia prévia ou intervenção percutânea à aorta abdominal ou vasos das extremidades inferiores
Evidência de placa ateromatosa na aorta	Evidência de placa ateromatosa na aorta
Diabetes *mellitus*	Glicose em jejum ≥ 126 mg/dL ou sob tratamento
Doença renal	Diálise crónica, transplante renal ou creatinina> 2,6 mg/dL), creatinina do doente (registo de creatinina basal)
Doença hepática	Cirrose ou AST/ALT> 3x e bilirrubinas> 2x o limite superior do normal
Hemorragia / predisposição	História de anemia (valor de hemoglobina < 12g/dL se homem ou < 11 g/dL se mulher), hemorragia ou predisposição
INR lábil	Níveis terapêuticos em <60% do tempo
Uso de anti-inflamatórios não esteróides / antiagregantes plaquetários	Uso prévio crónico de anti-inflamatórios não esteróides ou antiagregantes plaquetários
Alcoolismo	8 ou mais unidades de álcool por semana (64g de álcool por semana)
Tratamento antitromboembólico pré-internamento	Antiagregantes plaquetários, varfarina ou acenocumarol, dabigatrano ou rivaroxabano, nenhum
Complicações durante o internamento	Acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório, tromboembolismo sistémico, hemorragia major, morte ou outra
Complicações após a alta	As mesmas complicações do internamento; pesquisa nos episódios subsequentes na urgência/internamento do Centro Hospitalar Baixo Vouga - Unidade de Aveiro
Alterações terapêuticas feitas no internamento	Introdução ou retirada de antiagregantes plaquetários, varfarina ou acenocumarol, dabigatrano ou rivaroxabano

ArtigoOriginal1.indd 7 6/25/2013 5:23:28 PM

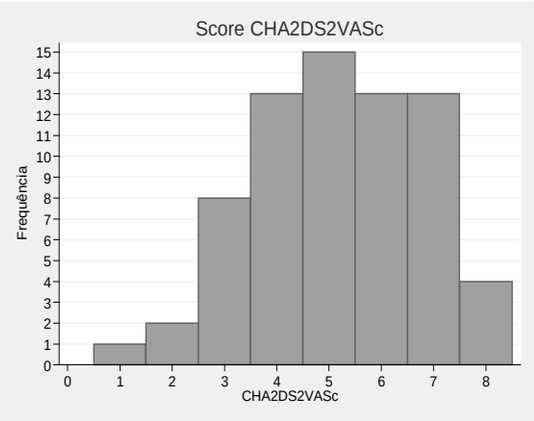


Figura 1- Distribuição do score CHA2DS2VASc por frequência

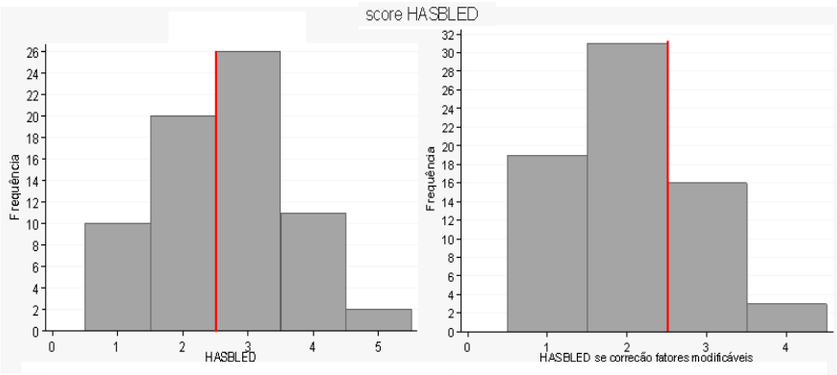


Figura 2 – gráfico esquerda - distribuição do score HASBLED por frequência; gráfico direita – distribuição do score HASBLED por frequência após correção de fatores modificáveis (toma crónica de antiinflamatórios não esteróides e/ou antigregantes plaquetários e INR instável). A linha vermelha faz a separação entre risco hemorrágico baixo (à esquerda da linha) e risco hemorrágico moderado/alto (à direita da linha)

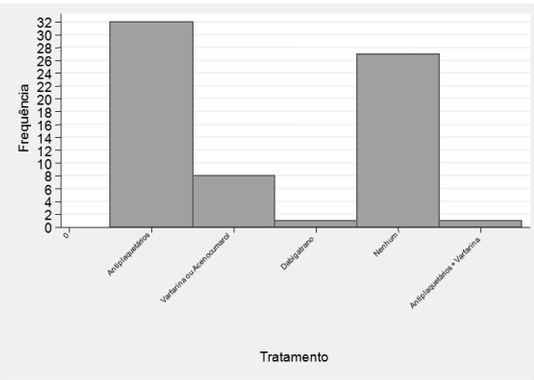


Figura 3 – Distribuição do tratamento por frequência.

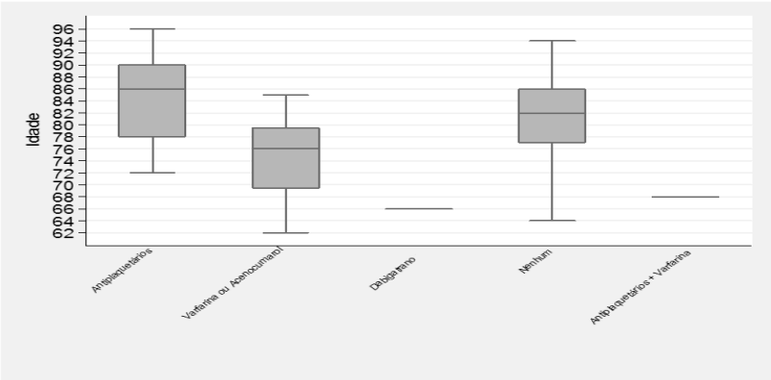


Figura 4 – Boxplot da idade em função do tratamento realizado

apenas de suporte no caso de hemorragia (1). Existem ainda poucos dados acerca do tratamento antitromboembólico dos doentes com FA em Portugal. O estudo FAMA revelou que apenas 37.8% dos doentes com FA realizava hipocoagulação oral enquanto 21.8% estavam tratados com antigregantes plaquetários (2). Um outro estudo português revelou que apenas 37.3% da sua amostra de indivíduos com FA estavam medicados com anticoagulantes orais apesar de haver indicação para esta prescrição em 87.6% dos mesmos (22).

OBJETIVOS

O objetivo primário do estudo foi aferir o tratamento preventivo de tromboembolismo realizado pelos doentes com FA não valvular. Os objetivos secundários foram avaliar as caraterísticas demográficas, comorbilidades, scores de risco e taxa de mortalidade da população de doentes com FA não valvular.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, transversal e retrospetivo dos doentes internados na enfermaria de Medicina de um hospital distrital português, com data de entrada entre 1 de março e 31 de agosto de 2012 com a codificação "fibrilhação auricular" (código ICD9 427.31) como diagnóstico principal ou secundário. Recolheram-se variáveis demográficas e variáveis de risco tromboembólico e hemorrágico e avaliou-se o tratamento e as suas complicações nos doentes com FA não valvular (Tabela 1). A informação foi recolhida através do processo informático (*software* SAM) no período de 1 a 31 Outubro de 2012.

Realizou-se uma vigilância de evento (AVC ou morte) pós-alta, no período entre a alta e a recolha de informação, através do registo de episódios de urgência no mesmo hospital (*software* SAM).

Foram posteriormente calculados os scores CHA2DS2-VASc e HASBLED para cada doente. A creatinina sérica foi utilizada para calcular a taxa de filtração glomerular pela fórmula CKD-EPI (23).

Com o objetivo de comparar a idade em função dos diferentes tipos de tratamento para prevenção do tromboembolismo e em função do score HASBLED foi aplicado o teste *One-Way* Anova com correção de *Bonferroni* (nível de significância 5%).

As variáveis contínuas foram analisadas pela média e desvio padrão e as variáveis categóricas (nominais e ordinais) foram avaliadas por tabelas de frequência.

Para o tratamento estatístico foi utilizado o *software* STATA® versão 12.1.

RESULTADOS

As principais características demográficas e clínicas dos 69 participantes incluídos encontram-se discriminadas na tabela 2. A amostra apresentava uma média de idades de

ArtigoOriginal1.indd 8 6/25/2013 5:23:29 PM

81.43 anos e uma distribuição por género de 1:2 (masculino:feminino). Os doentes apresentavam elevada prevalência de Hipertensão arterial (76.81%) e de Diabetes *mellitus* (40.58%). Cerca de 40% da amostra havia sofrido previamente de doença vascular cerebral: 34.78% AVC e 5.80% Acidente Isquémico Transitório (AIT). A prevalência de Tromboembolismo sistémico era de 2.90%. 57.97% apresentavam insuficiência cardíaca enquanto cerca de 10.14% tinham doença arterial coronária e 2.90% doença arterial periférica. A disfunção renal estava presente em 11 doentes enquanto a disfunção hepática afetava apenas 2 doentes, um dos quais no contexto de alcoolismo crónico.

O score CHA2DS2VASc foi aplicado a todos os doentes com o objetivo de avaliar o seu risco tromboembólico (Figura 1). Sessenta e oito doentes apresentavam um score ≥1 enquanto apenas um doente do sexo masculino de 69 anos apresentava score de 1.

Aplicou-se também o score HASBLED que pretendia avaliar o risco hemorrágico da amostra. Trinta doentes (43.48%) apresentavam um score de 1 ou 2 enquanto 39 doentes pontuavam ≥3 (11 doença renal, 2 doença hepática, 19 AVC prévio, 28 hemorragia/anemia/predisposição hemorrágica, 1 INR lábil, 37 idade > 65 anos, 39 Antiagregantes plaquetários/AINES e 2 alcoolismo)(Figura 2, gráfico esquerda).

O tratamento antitromboembólico pré-internamento mais frequentemente realizado foi antiagregantes plaquetários em 46.38% (intervalo confiança (IC) 95%: 34.31% - 58.44%) e hipocoagulantes (varfarina, acenocumarol ou dabigatrano) em 14.49% (IC 95%: 5.97% - 23.01%). Cerca de 39.13% (IC 95%: 27.32% - 50.94%) dos doentes não faziam qualquer medicação com este intuito (Figura 3).

A média de idades dos doentes que realizavam varfarina para prevenção tromboembólica foi 74.62 anos, enquanto a média de idades dos que realizavam antiagregantes plaquetários foi 84.06 anos e nenhum tratamento 81.04 anos (figura 4). Existem diferenças estatisticamente significativas (p=0.0041) entre as idades dos doentes e o tratamento (*One Way Anova*).

Entre os diferentes tratamentos preventivos de tromboembolismo, existem diferenças estatisticamente significativas (p=0.003) entre a varfarina e os antiagregantes plaquetários, não havendo significância estatística entre os restantes tratamentos (correção de *Bonferroni*).

Entre as idades dos doentes e o score HASBLED não existem diferenças estatisticamente significativas (*One Way Anova*; p=0.6884).

Tabela 2 – Análise descritiva univariada das variáveis

Variável	Análise descritiva univariada	
Idade	Média - 81.43478	Desvio Padrão - 7.915878
Género	Masculino – 23 (33.33%)	Feminino – 46 (66.67%)
Creatinina	Média - 1.272464	Desvio Padrão - .708952
Taxa de Filtração Glomerular	Média - 54.41379	Desvio Padrão - 22.38216
Tipo de fibrilhação auricular	Persistente Paroxística	68 (98.55%) 1 (1.45%)
Insuficiência cardíaca	Presente Ausente	40 (57.97%) 29 (42.03%)
Hipertensão arterial	Presente Ausente	53 (76.81%) 16 (23.19%)
Grau de controlo da hipertensão arterial	Controlada Descontrolada	67 (97.10%) 2 (2.90%)
Acidente vascular cerebral	Presente Ausente	24 (34.78%) 45 (65.22%)
Acidente isquémico transitório	Presente Ausente	4 (5.80%) 65 (94.20%)
Tromboembolismo sistémico	Presente Ausente	2 (2.90%) 67 (97.10%)
Doença arterial coronária	Presente Ausente	7 (10.14%) 62 (89.86%)
Doença arterial periférica	Presente Ausente	2 (2.90%) 67 (97.10%)
Evidência de placa atero-matosa na aorta	Presente Ausente	0 (0%) 69 (100%)
Diabetes *mellitus*	Presente Ausente	28 (40.58%) 41 (59.42%)
Doença renal	Presente Ausente	11 (15.94%) 58 (84.06%)
Doença hepática	Presente Ausente	2 (2.90%) 67 (97.10%)
Hemorragia / predis-posição	Hemorragia / Predisposição Anemia Ausente	3 (4.35%) 32 (46.38%) 34 (49.28%)
INR lábil	Presente Ausente	3 (4.35%) 66 (95.65%)
Uso de anti-inflamatórios não esteróides / antiagre-gantes plaquetários	AINEs Antiagregantes plaquetários Ambos Nenhum	2 (2.90%) 32 (46.38%) 4 (5.80%) 31 (44.93%)
Alcoolismo	Presente Ausente	2 (2.90%) 67 (97.10%)

ArtigoOriginal1.indd 9 6/25/2013 5:23:29 PM

Durante o internamento, dois doentes sofreram AVC (um dos quais fatal) e 14 doentes morreram por outras causas ou por causa desconhecida. Dos 78% dos doentes que tiveram alta apenas a um deles foi alterada a terapêutica, que passou a incluir um antiagregante plaquetário (previamente não fazia qualquer tratamento antitrombótico). Após a alta do internamento, 4 doentes sofreram um AVC ou AIT, 1 doente teve uma hemorragia *minor* (doente medicado com antiagregante plaquetário), 1 doente desenvolveu epilepsia pós-AVC e 5 doentes morreram por outras causas ou de causa desconhecida.
A taxa de mortalidade no internamento foi de 21.73% (IC 95%: 11.75% - 31.72%) e a taxa de mortalidade pós alta foi de 9.25% (IC 95%: 1.27 – 17.25%) perfazendo uma taxa de mortalidade global de 28.99%%(IC 95%: 18.01% - 39.96%).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A amostra de 69 doentes com FA não valvular internada num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital apresenta uma idade média semelhante a algumas publicações portuguesas e internacionais (1, 2). Trata-se de uma amostra com elevada prevalência de comorbilidades – hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e insuficiência cardíaca –, em que a doença vascular cerebral prévia era também muito prevalente.
Os doentes analisados apresentavam um score CHA2DS2VASc que indicava a necessidade de hipocoagulação. O facto de este estudo incluir exclusivamente doentes internados pode, por si só, explicar a elevada média de idades e de comorbilidades.
Uma parcela significativa da amostra (43.48%) apresentava um score HASBLED ≤2 (baixo risco hemorrágico). Nos doentes com HASBLED >2, 40 dos pontos atribuídos para o cálculo deste score relacionavam-se com fatores facilmente modificáveis – presença de um INR lábil ou a toma de AINES/ antiagregantes plaquetários. Se corrigíssemos estes dois fatores de risco, 72.47% dos doentes passariam a ser incluídos no grupo de baixo risco hemorrágico (aumento de 66.67%) (figura 2 – gráfico direita). Não obstante este facto, um HASBLED >2 não implica o não tratamento do doente, mas sim um aumento dos cuidados no seu tratamento hipocoagulante.
Contrariamente ao previsto pelos scores CHA2DS2VASc e HASBLED, a maioria dos doentes não estava hipocoagulado – 14.49% dos doentes estava hipocoagulado. Mesmo os doentes com elevado risco tromboembólico (CHA2DS2VASc ≥1) e baixo risco hemorrágico (HASBLED ≤2) estavam mais frequentemente não hipocoagulados (26.67% dos doentes estava hipocoagulado – IC 95%: 9.87% - 43.46%). Num estudo num hospital universitário, a percentagem de doentes com FA hipocoagulados à saída do internamento era 37.3% (22). A nenhum doente internado foi prescrito anticoagulante e a apenas um doente foi alterada a medicação com acréscimo de um antiagregante plaquetário (pós-AVC). O estudo SAFE II investigou as principais razões pelas quais os doentes não eram hipocoagulados: presença de uma contraindicação potencial (frequentemente inapropriada), ausência de indicação, baixa compliance por parte dos doentes e receio de hemorragia (24). Um outro fator que poderá também afetar a decisão de hipocoagular os doentes com FA poderá ser a idade do doente. O nosso estudo prova que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o tipo de tratamento antitromboembólico prescrito; os doentes que recebiam antiagregantes plaquetários tinham uma idade superior aos que recebiam varfarina/acenocumarol. Isto poderá dever-se ao conceito de que os doentes mais idosos têm um risco hemorrágico maior. Contudo, neste estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o score HASBLED.
A elevada taxa de mortalidade poderá dever-se à idade avançada dos doentes, ao elevado número de comorbilidades, bem como ao facto de estarem internados.
As possíveis limitações do nosso estudo são:
(1) Não ser um estudo experimental e randomizado mas sim um estudo observacional e retrospetivo, sujeito a inúmeros viéses;
(2) Ter uma amostra muito pequena, o que não tornou possível relacionar o tratamento antitrombótico com o risco de AVC e de hemorragia;
(3) Existirem potenciais viéses de seleção – apenas foram selecionados doentes internados (o que pode não ser representativo da população com FA); a amostra foi selecionada a partir da codificação pelo ICD9 (podendo não incluir todos os doentes internados neste período de tempo e alguns doentes poderão estar mal classificados);
(4) A vigilância pós-alta teve curta duração (entre 2 e 7 meses) e foi realizada através das idas à urgência do mesmo hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*1. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation * Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012 Aug 24.*

2. Bonhorst D, Mendes M, Adragao P, De Sousa J, Primo J, Leiria E, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the Portuguese population aged 40 and over: the FAMA study. Rev Port Cardiol. 2010 Mar;29(3):331-50.

3. Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhaes R, Lopes JC, Ferro JM, et al. Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. Stroke. 2004 Sep;35(9):2048-53.

4. Fitzmaurice DA, Hobbs FD, Jowett S, Mant J, Murray ET, Holder R, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2007 Aug 25;335(7616):383.

5. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2010 Feb;137(2):263-72.

6. Lip GY. Stroke in atrial fibrillation: epidemiology and thromboprophylaxis. J Thromb Haemost. 2011 Jul;9 Suppl 1:344-51.

7. Roldan V, Marin F, Fernandez H, Manzano-Fernandez S, Gallego P, Valdes M, et al. Predictive value of the HAS-BLED and ATRIA bleeding scores for the risk of serious bleeding in a 'real world' anticoagulated atrial fibrillation population. Chest. 2012 Jun 21.

8. Apostolakis S, Lane DA, Guo Y, Buller H, Lip GY. Performance of the HEMORR(2)HAGES, ATRIA, and HAS-BLED bleeding risk-prediction

ArtigoOriginal1.indd 10 6/25/2013 5:23:29 PM

scores in patients with atrial fibrillation undergoing anticoagulation: the AMADEUS (evaluating the use of SR34006 compared to warfarin or acenocoumarol in patients with atrial fibrillation) study. J Am Coll Cardiol. 2012 Aug 28;60(9):861-7.

9. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. Chest. 2010 Nov;138(5):1093-100.

10. De Caterina R, Husted S, Wallentin L, Andreotti F, Arnesen H, Bachmann F, et al. New oral anticoagulants in atrial fibrillation and acute coronary syndromes: ESC Working Group on Thrombosis-Task Force on Anticoagulants in Heart Disease position paper. J Am Coll Cardiol. 2012 Apr 17;59(16):1413-25.

11. Friberg L, Benson L, Rosenqvist M, Lip GY. Assessment of female sex as a risk factor in atrial fibrillation in Sweden: nationwide retrospective cohort study. BMJ. 2012;344:e3522.

12. Olesen JB, Fauchier L, Lane DA, Taillandier S, Lip GY. Risk factors for stroke and thromboembolism in relation to age among patients with atrial fibrillation: the Loire Valley Atrial Fibrillation Project. Chest. 2012 Jan;141(1):147-53.

13. Lip GY. The role of aspirin for stroke prevention in atrial fibrillation. Nat Rev Cardiol. 2011 Oct;8(10):602-6.

14. Ogilvie IM, Welner SA, Cowell W, Lip GY. Ischaemic stroke and bleeding rates in 'real-world' atrial fibrillation patients. Thromb Haemost. 2011 Jul;106(1):34-44.

15. Olesen JB, Lip GY, Lindhardsen J, Lane DA, Ahlehoff O, Hansen ML, et al. Risks of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a 'real world' nationwide cohort study. Thromb Haemost. 2011 Oct;106(4):739-49.

16. Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, et al. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. Lancet. 2007 Aug 11;370(9586):493-503.

17. Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. Eur Heart J. 2012 Jun;33(12):1500-10.

18. Rash A, Downes T, Portner R, Yeo WW, Morgan N, Channer KS. A randomised controlled trial of warfarin versus aspirin for stroke prevention in octogenarians with atrial fibrillation (WASPO). Age Ageing. 2007 Mar;36(2):151-6.

19. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009 Sep 17;361(12):1139-51.

20. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011 Sep 8;365(10):883-91.

21. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011 Sep 15;365(11):981-92.

22. Jorge E, Pereira FS, Baptista R, Monteiro P, Santos L, Fonseca I, et al. [Anticoagulation in elderly patients with atrial fibrillation: from the guidelines to the daily medical practice]. Acta Med Port. 2011 Dec;24 Suppl 2:293-300.

23. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang YL, Castro AF, 3rd, Feldman HI, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann Intern Med. 2009 May 5;150(9):604-12.

24. Deplanque D, Leys D, Parnetti L, Schmidt R, Ferro J, De Reuck J, et al. Stroke prevention and atrial fibrillation: reasons leading to an inappropriate management. Main results of the SAFE II study. Br J Clin Pharmacol. 2004 Jun;57(6):798-806.

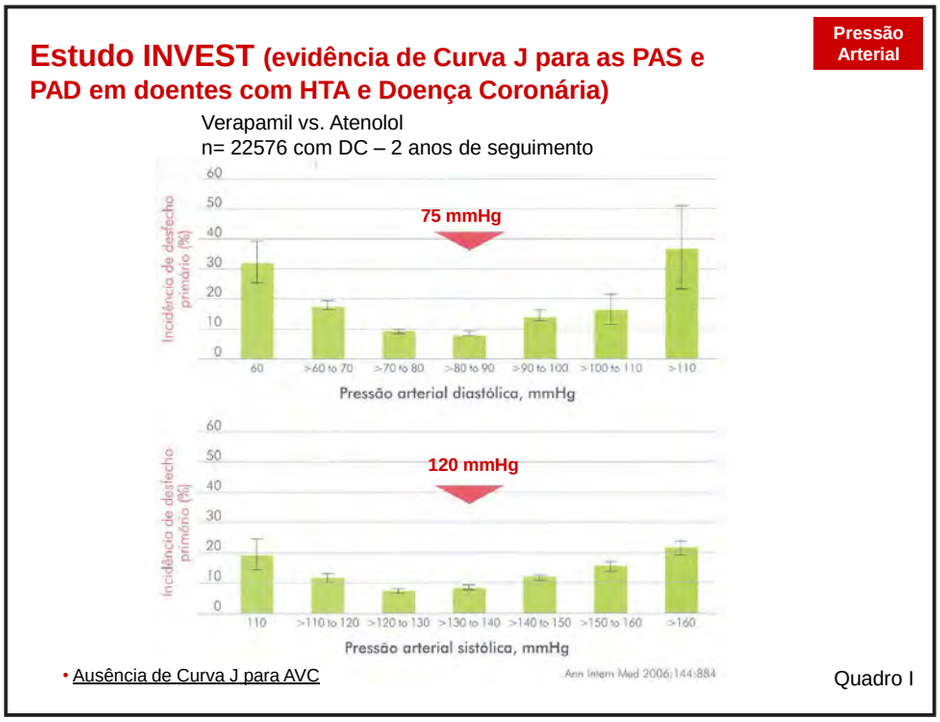
ArtigoOriginal1.indd 11 6/25/2013 5:23:30 PM

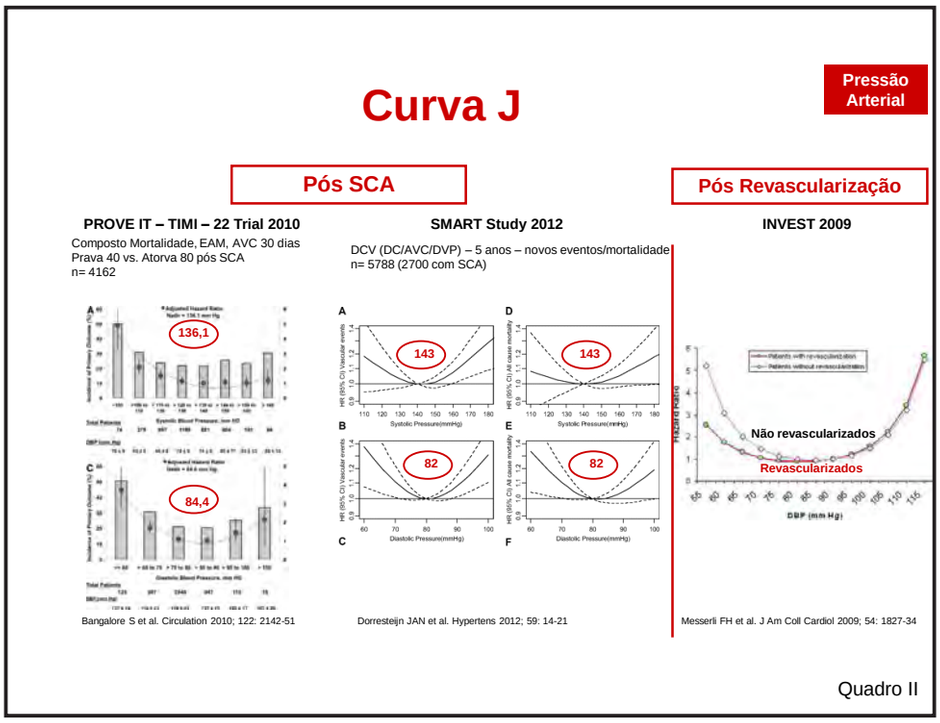
AS CURVAS J - PARA ALÉM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Prof. J. Pinto Carmona

Chefe de Serviço de Cardiologia
Novembro de 2012

A curva J representa a fronteira entre o benefício e o risco, ou seja, é o ponto, a partir do qual, o risco de tratar se sobrepõe ao seu benefício. A curva J é um conceito, um limiar de segurança/eficácia difícil de definir e de atingir na diversidade da prática clínica. Evoca o bom senso. Habitualmente associa-se a curva J à pressão arterial (PA), mas há muitíssimas outras curvas J. Pareceu-nos interessante abordar algumas outras entidades/situações com ligações à HTA e em que se pode definir uma curva J, de que são exemplos a diabetes mellitus –HbA1C, a actividade física, a ingestão alcoólica ou o sono.
Em relação à **PRESSÃO ARTERIAL**, temos assistido, nas últimas décadas e ao longo de inúmeros estudos, à procura dos valores ideais da PA, na convicção de que "quanto mais baixo melhor". Assim, partindo do estudo de Stewart e col em 1979 (1) e viajando até aos grandes estudos recentes, efectuados em doentes hipertensos de alto risco cardiovascular, como o Ontarget, publicado em 2009 (2), constatou-se que não há dados consistentes de que quanto mais baixa for a PA, melhor. E em 2012 Bryan Williams afirmava, em jeito de provocação, mas invocando, afinal, a verdade crua: "Ideal blood pressure goals? We have no idea" (3).
Mas será que conseguimos precisar o ponto J, a partir do qual o risco aumenta, ou **que existe mesmo uma curva J para a PA?** Os seus detractores lembram que uma pressão diastólica baixa é, muitas vezes, um sinal de importante compromisso vascular/global e de aumento significativo do risco cardiovascular e que em doentes idosos com co-morbilidades o risco cardiovascular é independente da intensidade da terapêutica anti-hipertensora (4). Por outro lado, há importantes limitações na grande maioria dos estudos sobre a definição da curva J e do ponto J para a PA, como a ausência de randomização e os métodos de medição não utilizados (auto-medição, MAPA), com implicações no diagnóstico, de eventuais descidas inadequadas da PA (hipotensão ortostática, pós-prandial, nocturna). Apesar disso, parece existir consenso, com base na evidência, de que existe uma curva J para a PAD (e para a PAS) em doentes com





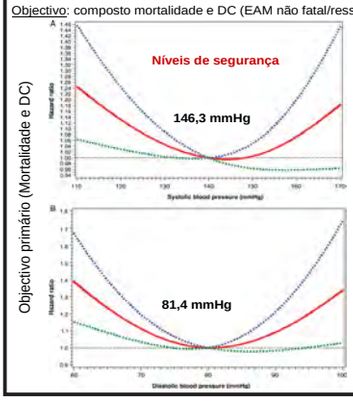
ArtigoOpinião.indd 12 5/28/2013 12:24:32 PM

Pressão Arterial

TNT Trial
Treating New Targets

n= 10.001 com DC+LDL<130 – Atorvastatina 80 vs.10mg – seguimento 4,9 anos

Objectivo: composto mortalidade e DC (EAM não fatal/ressuscitação/AVC fatal e não fatal)



Níveis de risco

110/120 mmHg – maior incidência de
60/70 acidentes coronários

Ausência de curva J para AVC

Quadro III

Bangalore S et al. Eur Heart J 2010;31:2897-2908

Pressão Arterial

Outras Implicações Terapêuticas Práticas e Algumas Questões em Aberto sobre os valores da PA a atingir

- Aceita-se que, globalmente, os valores da PA a atingir sejam inferiores a 140/90 mmHg (*Reappraisal Guidelines* ESC/ESH, 2009)
- Nos doentes diabéticos uma PAS <120 mmHg (vs 140mmHg) acompanha-se de 3x mais acidentes CV graves (ACCORD BP 2010)
- Nos doentes idosos, que são um grupo heterogéneo, não diferenciado pelas *Guidelines*, devemos ter em atenção que "Frail elderly may need highest Blood Pressure" (*NHANES study* - 6' walk test - Odden M, Arch Int Med 2012)

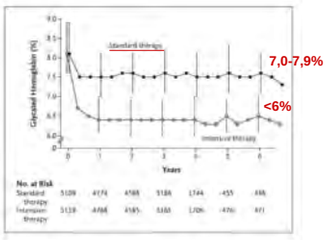
Quadro IV

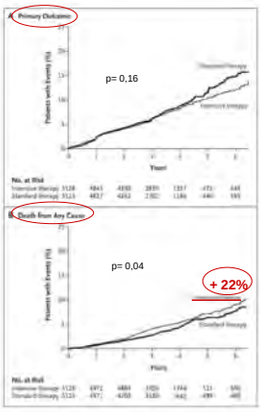
JPC 2012

HbA1c

ACCORD
Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes

- n= 10251 – randomizado HbA1c 7,0-7,9% vs. <6%
- Objectivo primário – composto EAM/AVC não fatal /morte todas as causas





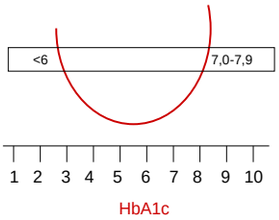
Quadro V

N Engl J Med 2008; 358: 2545-59

HbA1c

ACCORD
Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes

Terapêutica intensiva - ↑ 22% mortalidade todas as causas aos 3,4 anos (interrompido com 60% do tempo previsto de seguimento)



Quadro VI

Adaptado de:
N Engl J Med 2008; 358: 2545-59

doença coronária (DC), condicionando um aumento, significativo, do número de síndromes coronários agudos. Sendo a perfusão coronária efectuada essencialmente em diástole e havendo na cardiopatia isquémica perturbação da auto-regulação coronária e disfunção microvascular, um importante problema emergente, nomeadamente em diabéticos (4A), compreende-se melhor a evidência de curva J para DC e não para acidente vascular cerebral (AVC) ou para agravamento de insuficiência renal crónica (IRC). Refira-se que cerca de um terço dos hipertensos tem disfunção microvascular e o grau de disfunção pode condicionar os níveis mais adequados da descida da PA (5).

De facto, no estudo INVEST (6), que comparou o efeito do verapamil vs. atenolol em 22.576 doentes com HTA e DC, durante 2 anos, verificou-se curva J para valores da PA de 120/75 mmHg. Por avaliar doentes hipertensos com DC, passou a ser um estudo de referência na análise da curva J (Quadro I). Deve salientar-se que não se verificou curva J para o AVC. Uma sub-análise de doentes do estudo INVEST que foram revascularizados mostrou, nos dos doentes intervencionados, em relação aos outros, uma atenuação da curva J (7) (Quadro II). Recentemente, foi também confirmada a existência de curva J em doentes coronários em grandes estudos randomizados, cujo objectivo foi avaliar o efeito de diferentes estatinas/doses, em doentes coronários pós-SCA – TNT trial (8), PROVE IT-TIMI-22 Trial (9) e Smart Study (10). No TNT Trial, valores da PA de 110/120-60/70 mmHg, acompanharam-se de maior incidência de eventos coronários (Quadro III).

Portanto, em contexto de DC, parece haver curva J e é necessária prudência na diminuição dos valores tensionais, especialmente da PAD. Sob o ponto de vista da prática clínica e na ausência de valores ideais de referência para a descida da PA nos vários contextos clínicos, aceita-se que, globalmente, os valores a atingir da PA sejam inferiores a 140/90 mmHg. De facto, por exemplo, nos doentes diabéticos, a descida da PAS para valores <120 mmHg (vs. <140 mmHg) acompanhou-se de uma incidência de acidentes cardiovasculares graves três vezes superior (11). Também nos doentes idosos, que são um grupo heterogéneo, não diferenciado pelas *Guidelines*, devemos ter em atenção que "Frail elderly may need highest blood pressure" (12)(Quadro IV).

Outra entidade em que se pode definir uma **curva J/U** e que tem uma relação estreita com a HTA, é a diabetes mellitus (DM), estando os **níveis de HbA1C** associados à morbilidade/mortalidade cardiovascular. A DM é, como sabemos, uma doença cardiovascular (DCV), porque esta é responsável pela morte de 50 a 75% destes doentes. Está bem estabelecido que, no diabético, as principais causas da DCV são, em primeiro lugar, a HTA, depois a dislipi-

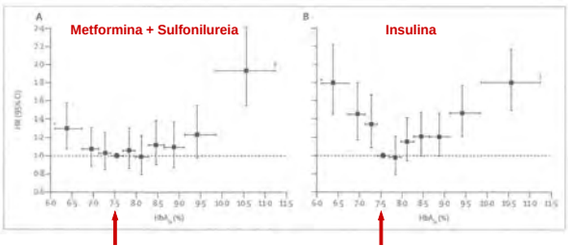
ArtigoOpinião.indd 13 5/28/2013 12:24:32 PM

HbA1c

Survival as a Function of HbA1c in People with Type 2 Diabetes: a Retrospective Cohort Study

n= 27965 – >50 anos – The General Practice Research Data Base

Objectivo: Mortalidade por todas as causas em doentes tratados (intensificação terapêutica)

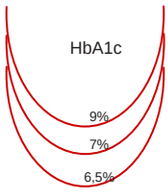


Quadro VII

Currie C J et al. Lancet 2010; 375: 481-89

HbA1c

Individualização do Controlo Glicémico
Curvas J



Idoso/ DM 21 anos/ Co-morbilidades

Médio Risco/ DM 15 anos

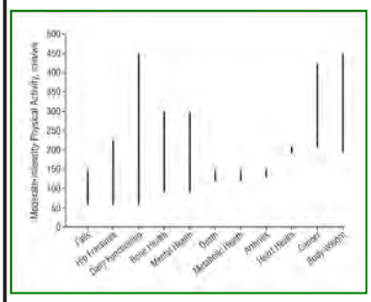
30-50 anos / DM "De Novo"

Quadro VIII

Adaptado de:
Davide Carvalho 2012

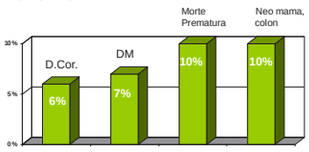
Actividade Física

Physical Activity
An Investment That Pays Multiple Health Dividends



"The Neglected Dimension":
global burden of physical inactivity

* 80% da população com actividade física não significativa (122 países)



Lancet Physical Activities Series Working Group
The Lancet 2012

Fulton J E et al. Arch Intern Med 2009; 169: 2124-27

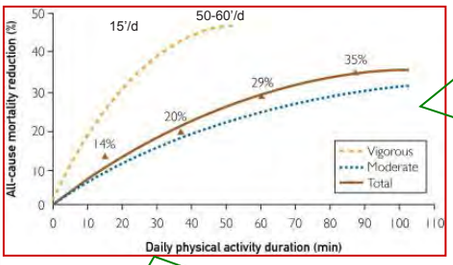
Quadro IX

Actividade Física

Que Nível de Exercício para Diminuir a Mortalidade e Aumentar a Esperança de Vida?

Prospective cohort study- Taiwan 1996-2008

n= 416.175 – Follow-up 8,05 anos



O exercício muito vigoroso pode condicionar, em determinados indivíduos, alterações cardíacas (fibrose miocárdica auricular, do SIV e do VD, com aumento de incidência de FA (5x) e de disritmias ventriculares) e lesões osteomusculares.

Meia hora/dia diminui 20% mortalidade por todas as causas

Quadro X

Adaptado de:
Wen C P et al. Lancet 2011; 378: 1244-53

démia e, por fim, os níveis de controlo da DM (HbA1C). De facto, nestes doentes, a redução da DCV é muito mais eficaz com o controlo da HTA (cerca de 6 vezes) e da dislipidémia (cerca de 3 vezes) do que da HbA1c. Mas a HbA1C é só por si um factor de risco CV e quando se controlam apertadamente os níveis de HbA1C, em doentes com DM de início recente, sem co-morbilidades, com medidas não farmacológicas e metformina, como aconteceu no estudo UKPDS (1998) (13) houve um benefício significativo de prevenção da neuropatia, retinopatia e da cegueira e da progressão da nefropatia. Estes doentes tiveram também, a longo prazo (acompanhados depois do fim do estudo), benefício macrovascular (UKPDS 2008)(14), de acordo com o conceito de "memória metabólica". Mas quando se procurou saber, noutro tipo de doentes diabéticos, se uma terapêutica intensiva para baixar os níveis de HbA1C para <6% (vs. 7,0-7,9%), verificou-se que a mortalidade por todas as causas no grupo "intensivo" foi superior em 22% (p=0,04) e o estudo teve de ser interrompido precocemente (15). (Quadros V e VI). Também em doentes com DM de longa duração, mal controlada, em que foi preciso a intensificação terapêutica, constataram-se diferentes morfologias da curva J/U em função do tipo de terapêutica (metformina+sulfonilureia vs. insulina), apesar do ponto J ser idêntico (7,5%) com os dois tipos de terapêutica. Visualmente, percebe-se que com a insulina os doentes estão mais sujeitos a crises de hipoglicémia, que sabemos condicionarem o aumento da mortalidade cardiovascular – arritmias malignas, agravamento da insuficiência cardíaca, pior adesão à terapêutica, maior número de internamentos e custos. Por isso, será preferível, sempre que possível, o emprego de inibidores da DPP4 em substituição da insulina. (Quadro VII) (16).

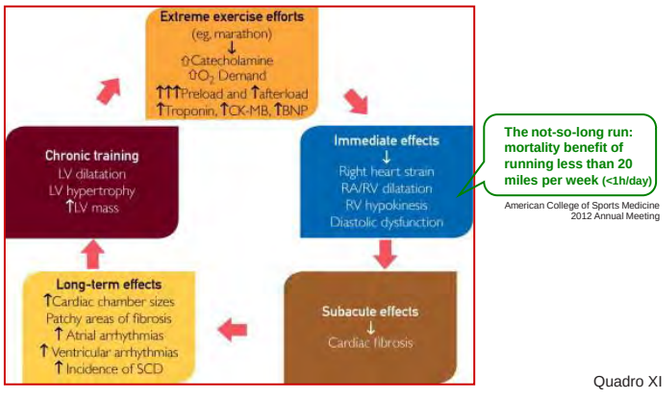
Sob ponto de vista da prática clínica e com base na evidência recentemente acumulada, é possível definir níveis de HbA1C individualizados a atingir nas diferentes situações clínicas, como refere Davide Carvalho e de quem fizemos uma adaptação visual das curvas J/U (17) (Quadro VIII).

A **actividade física regular** também está relacionada com a HTA e a DCV e com a promoção global da saúde, mental, osteomuscular e até com a prevenção de certas neoplasias (embora esta se associe a níveis mais intensos de actividade física). Também para a actividade física é possível estabelecer **limites de benefício**, já que uma actividade vigorosa e muito intensa (superior a uma hora por dia) pode aumentar o risco cardiovascular e osteomuscular em detri-

ArtigoOpinião.indd 14 5/28/2013 12:24:33 PM

Actividade Física

In Some Individuals…



American College of Sports Medicine 2012 Annual Meeting

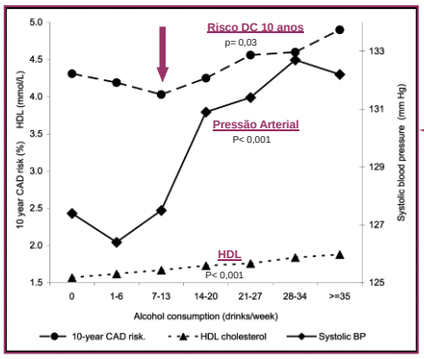
Quadro XI

Adaptado de:
O'Keefe JH Mayo Clinic Proc 2012; 87: 587-595

Álcool

Alcohol Drinking and Cardiovascular Risk in a Population With High Mean Alcohol Consumption

Cohorte Lausannoise – CoLaus – seguimento 10 anos
n= 5769 sem DCV



Non alcoholic red wine reduces blood pressure
Chiva-Blanch G et al Circ Res 2012

1 a 2 bebidas/dia

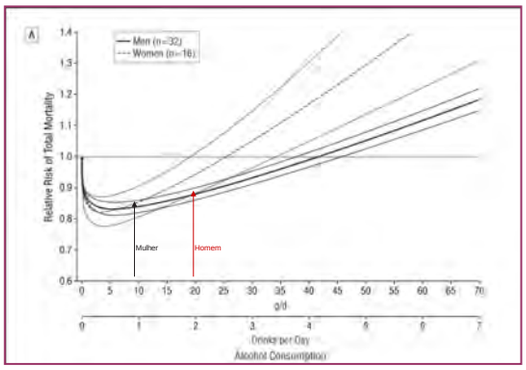
Quadro XII

Adaptado de:
Foerster M et al. Am J Cardiol 2009; 103: 361-68

Álcool

Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women:

An Update Meta-analysis of 34 Prospective Studies
n= 1.015.835

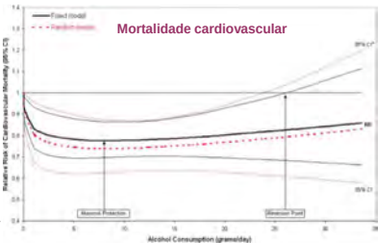


Quadro XIII

Adaptado de:
Castelnuovo A et al. Arch Intern Med 2006; 166: 2437-45

Álcool

Alcohol Consumption and Mortality in Patients With Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis



(+)
- Lipidos
- Fibrinólise
- Agreg. Plaquetária
- F. Coagulação
- F. Endoteliais
- Inflamação
- Insulino-resistência

(-)
- Holiday heart syndrome
- Binge drinking (≥ 5 bebidas seguidas)

- Dependência
- Hepatopatia/ neoplasias

Quadro XIV

Adaptado de:
Constanzo S et al. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 1339-47

mento do benefício. Há também uma dimensão negligenciada a nível mundial, habitualmente esquecida, que é a da carga desfavorável da inactividade (que existe em 80% da população de 122 países estudados), recentemente posta em evidência por ocasião dos jogos olímpicos de Londres 2012 (19). Importa sublinhar que curtas caminhadas diárias já se traduzem num benefício significativo sobre a mortalidade por todas as causas, como mostrou um grande estudo prospectivo (coorte de Taiwan 1996-2008), que acompanhou 416.175 doentes durante um seguimento médio de 8,05 anos (20) (Quadros IX, X, XI).

Sob ponto de vista prático, deve salientar-se que uma actividade física de meia hora por dia, se acompanha de uma diminuição da mortalidade por todas as causas de 20%.

Também se verifica uma **curva J para o consumo de álcool.**

Sabe-se que o consumo moderado e regular de álcool, em doentes saudáveis, se associa a uma baixa morbilidade/mortalidade cardiovascular, em relação aos abstémicos. De facto, num estudo de coorte em Lausanne, que envolveu 5769 indivíduos sem DCV e com um seguimento de 10 anos, verificou-se uma diminuição significativa do risco cardiovascular para 1 a 2 bebidas por dia. Este benefício atenuou-se, ou perdeu-se (o risco de doença coronária aumentou), para um consumo mais elevado. Este benefício parece associar-se, essencialmente, a uma diminuição dos valores tensionais e o risco, a um aumento da PA, por provável estimulação adrenérgica. (21) (Quadro XII).

Uma metanálise que incluiu cerca de 1 milhão de pessoas (estudos prospectivos), confirmou estes resultados (22) (Quadro XIII), tal como uma outra, mais recente, efectuada em doentes com DCV (23) (Quadro XIV). Este benefício poderá relacionar-se com a influência favorável e protectora do vinho (polifenóis) sobre vários factores determinantes da DCV: lípidos, fibrinólise e agregação plaquetária, factores da coagulação, factores endoteliais, inflamação e insulino-resistência. Segundo dados recentes (24), o consumo de vinho sem álcool poderá baixar, significativamente, a PAS e a PAD em hipertensos de alto risco CV, provavelmente por condicionar um aumento do óxido nítrico.

O consumo elevado de álcool, especialmente de "bebidas brancas" e em "doses maciças", habitualmente ao fim de semana, pode induzir disritmias auriculares e ventriculares malignas e mortalidade CV - "holiday heart syndrome" ou "binge drinking", uma prática comum no norte da Europa e Irlanda e muito frequente em uni-

ArtigoOpinião.indd 15 5/28/2013 12:24:34 PM

Álcool

Patterns of Alcohol Consumption and Ischaemic Heart Disease in Culturally Divergent Countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME)

Risco de eventos coronários a 10 anos – n= 9778 homens

HR 2,03 **sem consumo**

HR 1,97 **Belfast-Binge**
n= 2405
9,4% Binge
Consumo médio/dia 22,1g

HR 1,57 **antigos consumidores**

França (3 centros) – **consumo regular**
n= 7373
0,5% Binge
Consumo médio/dia 32,8g

Após ajustamento multivariado
Resultados exclusivamente para consumo de vinho

Quadro XV

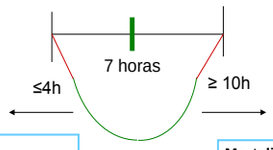
Adaptado de:
Ruidavets JB et al. BMJ 2010; 341: c6077

Sono

Duração do Sono e Mortalidade

The JAAC Study 2009

N= 98634 - (40-79 anos) – coorte, observacional na comunidade (Japão)
Seguimento de 14,3 anos



Mortalidade
Mulher (DC) HR 2,32;
Ambos os sexos (não CV/ todas as causas) HR 1,49/1,47

Mortalidade por AVC / DCV e Não CV
Ambos os sexos 1,5 a 2X

Ajustamento para: Idade, IMC, HTA, DM2, doença coronária, tabagismo, álcool, dieta, exercício, sintomatologia depressiva (Questionário)

Quadro XVI

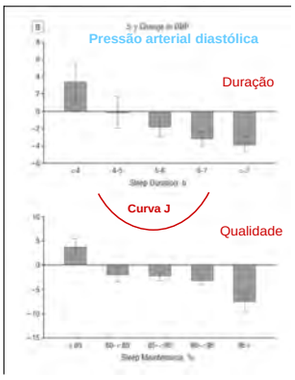
Ikehara S. SLEEP 2009 32; 259-301

Sono

Association Between Sleep and Blood Pressure in Midlife

The CARDIA Sleep Study 2009

Coronary Artery Risk Development in Young Adults



n= 578 Afro-americanos não medicados (33-45 anos);
Objectivo: alterações na PA e HTA aos 5 anos (actifwatch 3 dias consecutivos 2x/ ano)

Duração e qualidade do sono e HTA (P<0.05)

A **má qualidade** do sono (excluindo AOS) associa-se a um risco de **HTA resistente** 2x superior (5x na mulher).

Bruno R M AHA HBPR, Setembro de 2012

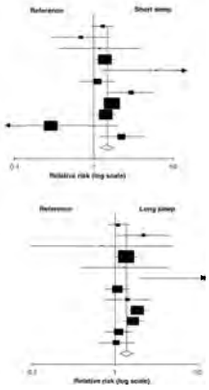
Quadro XVII

Knutson K et al. Arch Intern Med. 2009; 169: 1055-61

Sono

Sleep Duration Predicts Cardiovascular Outcomes: a Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Studies 2011

AVC
Mortal AVC
< 5/6h sono



Estudo prospectivo – n=474.684
seguimento 6,9 – 25 anos

< 5/6h > 8/9h
Risco Cardiovascular

AVC
Mortal AVC
DCV
> 8/9h sono

Quadro XVIII

Cappuccio F P et al. Eur Heart J 2011; 32: 1484-92

versidades americanas (44% dos estudantes), em que são consumidas 5 ou mais bebidas seguidas. Também a dependência alcoólica, a hepatopatia e neoplasias estão associadas, como sabemos, a este consumo inadequado.

Importa salientar que o consumo esporádico de bebidas alcoólicas ao fim de semana, em grandes quantidades, se acompanhou de cerca do dobro dos eventos coronários do que o consumo regular de vinho. De facto, um grande estudo prospectivo –PRIME – (25) que comparou duas populações de Belfast ("binge drinking") e de 3 Centros franceses (consumo regular), incluindo 9778 homens que tiveram um seguimento de 10 anos mostrou, após ajustamento multivariado, que o consumo de vinho regular dos franceses, apesar de ser superior ao dos irlandeses (32,8 g/ dia vs. 22,1 g/d), se acompanhou de metade dos acidentes coronários. (Quadro XV)

Também sabemos que **existe uma relação entre a duração e a qualidade do sono e as doenças cardiovasculares.**

O sono é um importante regulador homeostático dos factores que contribuem para o desenvolvimento do síndrome metabólico e de doença cardiovascular (26) e a sua perturbação condiciona:

- Alterações metabólicas - diminuição do metabolismo da glucose/insulino-resistência; aumento da temperatura e do apetite;
- Alterações autonómicas - diminuição da sensibilidade do baroreflexo e activação do SNS;
- Aumento dos mediadores inflamatórios (IL6,PCR) e da coagulação.

A relação entre a duração do sono e a mortalidade está bem documentada no estudo JAAC (27), uma coorte de comunidade japonesa que incluiu 98634 indivíduos e que foram acompanhados durante 14,3 anos, em que se verificou um aumento significativo da mortalidade CV e não CV, para duração do sono <- 4 horas ou >-10 horas, após ajustamento multivariado (quadro XVI). Um outro estudo –CARDIA- associa a duração e a qualidade do sono ao aumento significativo dos valores da PAD, estabelecendo-se uma curva J (28) (Quadro XVII).

Um sono fragmentado, como sucede nos doentes com apneia obstructiva do sono (AOS), acompanha-se de HTA nocturna e de compromisso grave dos órgãos-alvo cardiovasculares, como tivemos ocasião de constatar em análises parcelares de um estudo prospectivo que efectuámos em 206 doentes consecutivos (29,30)

ArtigoOpinião.indd 16 5/28/2013 12:24:34 PM

e, recentemente, a insónia persistente também foi associada, em doentes sem AOS, a HTA nocturna (31).
As consequências cardiovasculares da privação do sono foram recentemente confirmadas numa meta-análise de estudos prospectivos (32) (Quadro XVIII).
Apesar de passarmos um terço das nossas vidas a dormir, as alterações do sono e as suas importantes repercussões cardiovasculares são, habitualmente, pouco tratadas, talvez porque não haja evidência (fora do contexto de AOS) de que os seus tratamentos possam influenciar, positivamente, a DCV. Será necessária uma maior atenção para esta problemática com estudos prospectivos adequados.

BIBLIOGRAFIA

1. *Stewart IMG Relation of reduction in pressure to first myocardial infarction in patients receiving therapy for severe hypertension Lancet 1979;1:861-865*

2. *The ONTARGET investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008;358:1547-1559*

3. *Williams B. Comunicação pessoal. European Congress of Hypertension, Londres 2012*

4. *Williams B. Hypertension and the "J-Curve". J Am Coll Cardiol 2009; 54:1335-1336*

4A. *Murthy VL, Masanao M, Courtney RF, et al. Association between coronary vascular dysfunction and cardiac mortality in patients with and without diabetes mellitus. Circulation 2012;126:1858-1868*

5. *Mizuno R, Fugimoto S, Saito Y, Okamoto Y. Optimal antihypertensive level for improvement of coronary microvascular dysfunction. The lower, the better? Hypertension 2012;60:324-332*

6. *Messerli FH, Mancia G, Conti CR et al. Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous? Ann Intern Med 2006;144:884-893*

7. *Messerli FH, Panjrath GS. The J-Curve between blood pressure and coronary artery disease and essential hypertension. J Am Coll Cardiol 2009;54:1827-34*

8. *Bangalore S, Messerli FH, Chuan-Chuan W et al J-Curve revisited: an analysis of blood pressure and cardiovascular events in the Treating to New Targets (TNT) Trial Eur Heart J 2010;31:2897-2908*

9. *Bangalore S, Qin J, Sloan S, Murphy MPH, Cannon C, for the PROVE IT-TIMI 22 Trial Investigators Relationship of blood pressure and cardiovascular events in the Pravastatin or Atorvastatin evaluation and infection therapy-thrombolysis in myocardial infarction (PROVE IT-TIMI) 22 Trial Circulation 2010;122:2142-2151*

10. *Dorrestein JAN, van der Graaf Y, Spiering W, et al. Secondary Manifestations of Arterial Disease Study Group. Relation between blood pressure and vascular events and mortality in patients with manifest vascular disease: J-curve revisited Hypertension 2012;59:14-21*

11. *The ACCORD Study Group- Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2010;362:1575-1585*

12. *Odden MC, Peralta CA, Haan MH, Convinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults. The impact of frailty. Arch Intern Med 2012;*

13. *UKPDS Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylurea or insulin compared with conventional treatment and risk complications in patients with Type 2 diabetes (UKPDS 33) Lancet 1998;352:837-853*

14. *Holman RR, KP Sanjoy, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes N Engl J Med 2008;359:1577-1589*

15. *The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes N Engl J Med 2008;358:2545-2559*

16. *Currie CJ, Peters JR, Tynan A et al. Survival as a function of HbA1C in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study Lancet 2010;375:481-489*

17. *Carvalho D. Comunicação pessoal, Jornadas de Hipertensão de Matosinhos, Porto, 2011*

18. *O, Keefe JH, Patil HR, Lavie CJ, Magalski A, Vogel RA, McCullough PA Potential adverse cardiovascular effects from excessive endurance exercise Mayo Clin Proc 2012;87:587-595*

19. *O'Rioordan M. The "neglected dimension": Lancet series highlights global burden of physical inactivity. The Heart Org. 17.6.2012*

20. *Wen CP Wai JPM, Tsai MK, et al Minimum amount of Physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study Lancet 2011;378:1244-1253*

21. *Foerster M, Marques-Vidal P, Gmel G, et al Alcohol drinking and cardiovascular risk in a population with high mean alcohol consumption Am J Cardiol 2009;103:361-368*

22. *DiCastelnuevo A, Constanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women Arch Intern Med 2006;166:2437-2445*

23. *Constanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano MD Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease J Am Coll Cardiol 2010;55:1339-47*

24. *Chiva-Blanch G, Urpi-Sarda M, Ros E, et al Dealcoholized red wine decreases systolic and diastolic blood pressure and increases plasma nitric oxide. Circ Res 2012;111:959-961*

25. *Ruidavets J-B, Ducimetière P, Evans A, et al Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). BMJ 2010; DOI:10.1136/bmj.c5957*

26. *Mullington JM, Haack M, Toth M, Serrador J, Meyer-Every HK Cardiovascular, inflammatory and metabolic consequences of sleep deprivation Prog Cardiov Dis 2009;51:294-302*

27. *Ikehara S, Iso H, Date C, et al. Association of sleep duration with mortality from cardiovascular diseases and other causes from japanese men and woman –the JAAC study SLEEP 2009;32:259-301*

28. *Knutson KL, Van Cauter E, Rathouz PJ, et al. Association between sleep and blood pressure in midlife – The CARDIA sleep study Arch Intern Med 2009; 169:10551061*

29. *Carmona J, Amado P, Nazaré, Lopes C, Vasconcelos N. Obesity, glucose intolerance and nocturnal hypertension in patients with obstructive sleep apnea The Journal of Clinical Hypertension, 2006; 8 (Suppl A); A135*

30. *Calé R, Amado P, Carmona J, et al. Left ventricular geometry in severe forms of obstructive sleep apnea syndrome: the impact of hypertension. Comunicação oral ao EUROECHO, Lisboa, 2007*

31. *Fernandez-Mendonza J, Vgontzas AN, Liao D, et al. Insomnia with objective short sleep duration and incident hypertension – The Penn State Cohort Hypertension 2012; 60:929-935*

32. *Bruno RM, Palagini L,, Di Giulio A, et al. Relation between poor sleep quality and resistant hypertension. American Heart association High Blood Pressure Research Scientific Sessions 2012; Abstract 63*

33. *Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur Heart J 2011; 32:1484-1492*

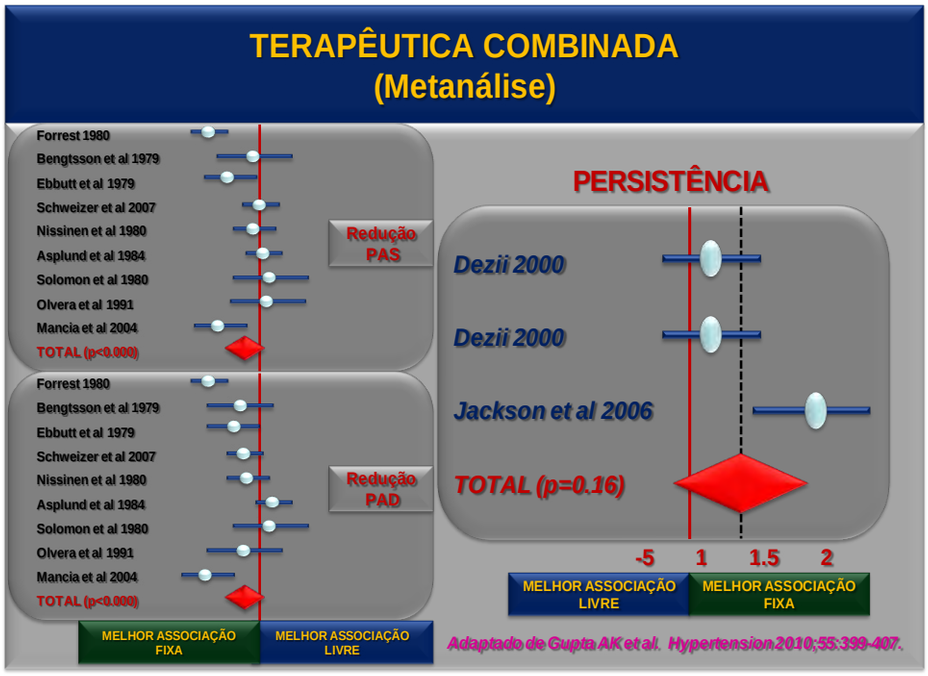
ArtigoOpinião.indd 17 5/28/2013 12:24:34 PM

OS DESAFIOS DA INCONSISTÊNCIA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dr. João Maldonado

Diretor do Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular da Aveleira – Coimbra
Especialista em Cardiologia
Especialista Europeu de Hipertensão

A hipertensão arterial (HTA) constitui uma patologia com enorme prevalência em todo o mundo, sendo perspetivado um agravamento deste panorama no horizonte temporal de 2025. Em Portugal, estima-se uma prevalência, em adultos, superior a 42%, nível que nos situa claramente acima da média dos países com economias de mercado. Para ensombrar este quadro, os dados em crianças e adolescentes apontam para prevalências rondando os 16%, 3 a 5 vezes superiores às existentes na Europa e nos Estados Unidos da América.
Apesar de enormes esforços desenvolvidos nos últimos anos, o controlo global da pressão arterial nos doentes hipertensos encontra-se muito aquém dos patamares pretendidos, concorrendo decisivamente para uma grande magnitude de eventos cardiovasculares nesta população. Contudo, o impacto desta patologia não deverá ser apenas circunscrito à sua esfera clínica, sendo igualmente importante perspetivá-lo numa dimensão económica. Neste sentido, verifica-se uma esmagadora relação entre a mortalidade relacionada com a HTA e o nível económico dos diferentes países, sendo evidente que um menor investimento na prevenção e tratamento desta entidade comportará elevadíssimos custos ulteriores na abordagem das suas complicações.
Apesar dos conhecimentos acumulados nos últimos 50 anos, pouco sabemos sobre a história natural do hipertenso medicado. Na verdade, a maioria dos estudos terapêuticos efetuados no âmbito desta patologia decorreu em populações com um elevado risco cardiovascular. Condicionando decisivamente esta constatação, deverá ser evocado o facto de que, quase invariavelmente, a investigação a este nível ser imposta à indústria farmacêutica, que se vê confrontada com o imperativo de demonstrar resultados segundo um paradigma absoluto (redução da mortalidade, ou da ocorrência de eventos relevantes) num horizonte temporal limitado à duração das patentes dos fármacos.



Consciente desta lacuna, a Sociedade Europeia de HTA incentiva uma inovadora filosofia para a investigação terapêutica, privilegiando estudos que definam como objetivo final o impacto farmacológico na modulação de alterações incipientes da doença hipertensiva. Esta nova perspetiva é condicionada pelo desenvolvimento de marcadores de risco, sendo neste aspeto particularmente auspicioso o estudo da dinâmica arterial. Para além dos inequívocos dados prognósticos, os resultados nesta área têm constituído um contributo precioso na monitorização da evolução da doença e na relevância relativa das diferentes classes farmacológicas envolvidas na terapêutica da HTA.
Se a definição da amostra constitui uma limitação incontornável dos estudos terapêuticos, tornando difícil a sua extrapolação conceptual para a generalidade dos hipertensos, a sua fragilidade adensa-se pela circunstância de que a maioria dos doentes incluídos carecer de vários fármacos para o seu controlo tensional. Como tal, são escassos os nossos conhecimentos sobre a monoterapia no tratamento da HTA, uma doença que, na maioria dos casos, requer a instituição de associações terapêuticas.
Neste sentido, foram elaboradas, por diversas sociedades científicas, normas de racionalidade que, basicamente, advogam a combinação de fármacos com mecanismos de ação distintos, que tenham impacto em diferentes vertentes moduladoras da patologia e cuja associação se manifeste numa sinergia hemodinâmica ou fisiopatológica, numa redução dos efeitos adversos individuais ou, idealmente, na conjugação de todas as características mencionadas.
Tendo em atenção as premissas evocadas, observámos, com naturalidade, a eclosão de associações fixas para o tratamento desta patologia, conceito que associa uma estratégia comercial de sucesso com o atingimento de patamares nunca alcançados de eficácia, comodidade e aderência à terapêutica (Figura).
Se algumas desvantagens lhes são apontadas, eventualmente relevantes perante uma perspetivada maior complexidade, sobretudo em função do número de moléculas envolvidas, as associações fixas constituem, para os clínicos, uma das maiores aquisições no tratamento e controlo desta doença.

*XIII Jornadas de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular - Matosinhos (Cortesia JASFARMA)

Resumos COnferências.indd 18 5/28/2013 12:25:20 PM

PARTICULARIDADES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

PRÉ-CONCEÇÃO E PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

Dr.ª Elsa Pereira

Ginecologista no Centro Hospitalar do Alto Ave/Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães

«As doenças hipertensivas representam a maior complicação da gravidez e afetam cerca de 10% de todas as gestações. Entre estas, a pré-eclâmpsia é a mais grave, sendo a maior causa de mortalidade e morbilidade materna, fetal e neonatal. É, por isso, muito importante saber quais as grávidas de risco, uma vez que estas necessitam de uma vigilância materno-fetal mais apertada, pois o diagnóstico precoce e o parto (muitas vezes prematuro) são o único tratamento da pré-eclâmpsia.
Têm sido realizados muitos estudos para conhecer a patogénese da doença e sabe-se que esta é uma síndrome associada a uma placentação anormal no início da gravidez. Muitas organizações recomendam o uso de baixa dose de aspirina entre as oito e as 16 semanas de gestação como prevenção dessa alteração placentar.
A mais recente boa notícia vem de um grupo inglês (a Fetal Medicine Foundation) que faz o rastreio das grávidas com risco de pré-eclâmpsia com uma taxa de sensibilidade de 90% (com 5% de falsos positivos), às 12 semanas de gestação, através da história materna, medição das pressões arteriais, doppler das artérias uterinas e doseamento de marcadores bioquímicos (nomeadamente a proteína plasmática associada à gravidez – PAPP-A – e o fator de crescimento placentar – PIGF). Após este rastreio, as grávidas em risco começam a tomar aspirina em baixas doses.»

SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES DE GRAVIDEZ

Dr.ª Ana Paula Machado

Obstetra no Centro Hospitalar de São João, Porto

«A hipertensão arterial na gravidez constitui um problema clínico de abordagem particular. As modificações fisiológicas da gestação e a existência de um ou mais fetos condicionam atuações específicas e que variam consoante a idade gestacional. Existe também patologia hipertensiva que é específica da gravidez, a hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.
A principal morbimortalidade materna está associada ao desenvolvimento de hipertensão grave (descompensação cardíaca e acidentes cerebrovasculares) ou de pré-eclâmpsia (descolamento prematuro da placenta, insuficiência renal aguda, coagulação intravascular disseminada, eclâmpsia). O desfecho fetal e neonatal está condicionado pelo aparecimento de restrição de crescimento fetal ou pela prematuridade e suas complicações.
A terapêutica anti-hipertensiva na gravidez tem como objetivo principal a redução do risco de uma crise hipertensiva materna. No entanto, o controlo da pressão arterial não elimina a morbimortalidade materna ou fetal. O desfecho perinatal e as complicações da pré-eclâmpsia não são alterados com a instituição desta terapêutica.
A vigilância da grávida hipertensa deve ser feita ao nível hospitalar, por vezes por equipas multidisciplinares. Na presença de complicações, deverá ser considerada a necessidade de apoio em Unidades de Cuidados Intensivos com o objetivo de minimizar os riscos e as sequelas desta patologia.»

O PUERPÉRIO

Dr.ª Ana Campos

Diretora do Serviço de Medicina Materno-fetal da Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa

«Embora seja conhecido que a realização do parto é a forma de pôr fim aos processos fisiopatológicos que desencadeiam os problemas hipertensivos da gravidez, nomeadamente a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia, a síndrome de Hellp e a eclâmpsia, a doença não desaparece no momento do parto.
Durante a primeira semana, podemos assistir ao agravamento do quadro inicial ou ao novo aparecimento de situações que tiveram um curso benigno até ao parto, pelo que a vigilância é crucial. As terapêuticas anti-hipertensoras devem manter-se pelo menos nas primeiras 48 horas após um parto e a terapêutica anticonvulsivante deve prosseguir nas primeiras 24 horas.
Ao longo da primeira semana, é o estado da doente que deve definir a atenuação de exames complementares a pedir, nomeadamente o doseamento de plaquetas e a função hepática e renal. Por outro lado, a interferência de fármacos com a amamentação deve ser objeto de conhecimento e devem ser dadas informações à grávida sobre o efeito de alguns anti-hipertensores e a sua passagem para o leite materno.
A contraceção a realizar durante e após a amamentação deve ser também objeto de informação, bem como a possibilidade de um evento hipertensivo durante o período de gestação poder ser repetido noutra gravidez e ser um fator de risco para doença cardiovascular umas décadas mais tarde.»

*Resumos publicados no Jornal de Notícias Prévias do 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular/Esfera das Ideias

Resumos COnferências.indd 20 5/28/2013 12:25:21 PM

REALIDADE DA HTA EM DIFERENTES PAÍSES LUSÓFONOS

HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MOÇAMBIQUE

Prof. Albertino Damasceno

Diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital Central de Maputo

«Em Moçambique, as doenças crónicas não transmissíveis, com destaque para hipertensão arterial, têm peso crescente na morbimortalidade nacional, mas não constituem ainda uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde, que continua a privilegiar as doenças transmissíveis.
O diagnóstico, tratamento e controlo dos doentes hipertensos é, em Moçambique, tarefa dos cuidados de saúde primários, onde os enfermeiros são o elemento-chave. Por outro lado, é necessário definir normas de diagnóstico e tratamento que sejam simultaneamente eficazes e baratas. Foram já aprovadas normas nacionais, baseadas no risco cardiovascular global, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pela International Society of Hypertension.
É ainda importante a utilização de medicamentos genéricos de qualidade disponíveis para todos a um preço simbólico e a realização de campanhas de sensibilização junto da população.»

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL EM 2013

Prof. Luiz Scala

Coordenador da Unidade de Hipertensão do Hospital Universitário Júlio Müller, Cuiabá

«A abordagem da HTA envolve um triplo paradoxo: é fácil diagnosticá-la, mas frequentemente não é diagnosticada; é fácil de tratá-la, mas frequentemente não é tratada; e é fácil de seguir as orientações, mas frequentemente não são seguidas.
No Brasil, a HTA atinge mais de 36 milhões de adultos e 5 milhões de crianças e adolescentes. Um facto preocupante é que um estudo do Ministério de Saúde, no período 2006-2010, mostrou aumento da prevalência da doença, provavelmente relacionado às variações positivas do excesso de peso, obesidade, consumo abusivo de álcool e diabetes.
Além da existência de diretrizes para os profissionais de saúde, o Brasil assinala, desde 2002, o "Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão Arterial".
Estrategicamente, ainda são necessários grandes investimentos em prevenção, investigação básica, ensaios clínicos e, em especial, um grande estudo de coorte prospetivo da doença cardiovascular, ainda inexistente.»

PROGRAMA «EU SOU 12 POR 8»

Prof. Oswaldo Passarelli Júnior

Médico da Secção de Hipertensão Arterial e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo

«O programa "Eu sou 12 por 8" é um plano permanente de consciencialização da população brasileira para o valor da pressão arterial (PA), idealizado e patrocinado pelo Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que visa estimular a medição da PA, bem como o conhecimento dos valores normais e anormais.
Com este intuito, foi contratada uma empresa de marketing que atualiza anualmente a campanha e pede a participação de "embaixadores", ou seja, pessoas famosas do mundo artístico e desportivo, que colaboram gratuitamente, gravando um depoimento e um vídeo.
Estas imagens são veiculadas em vários meios de comunicação social para uma ampla divulgação, estimando-se que milhões de brasileiros já as tenham visto.»

*Resumos publicados no Jornal de Notícias Prévias do 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular/Esfera das Ideias

MATEMÁTICA DA HTA

No Brasil*:
32,5% de prevalência entre os 18 e os 60 anos
75% de prevalência acima de 70 anos
19,6% de adultos controlados
50% das mortes por doenças cardiovasculares têm influência da HTA

*Dados fornecidos pelo Prof. Luiz Scala

Em Moçambique*:
33% de prevalência de HTA na população entre 25 e 64 anos
14% dos hipertensos conhecem a sua patologia e, destes, apenas 7% estão tratados e 3,5% controlados
> 50% de mortalidade dos doentes com AVC hemorrágico aos 30 dias

*Dados do estudo «Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Mozambique» (Damasceno et al., 2009)

Resumos COnferências.indd 21 5/28/2013 12:25:21 PM

HOT TOPICS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM 2013

CONTROLO DOS FATORES DE RISCO COM OS NOVOS ANTI-DIABÉTICOS

Prof. Peter Nilsson
Departamentode Ciências Clínicas da Universidade de Lund, Suécia

FACTO: «Uma nova geração de atidiabéticos (análogos da incretina, inibidores da DPP-4 [dipeptidil peptidase-4] e inibidores do SGLT-2 [s*odium-glucose transporter-2*]) está envolvida em diversos estudos randomizados que pretendem avaliar a prevenção cardiovascular em doentes com diabetes tipo 2.»

DESAFIO: «Nos próximos anos, estes ensaios deverão fornecer informação além da redução da hiperglicemia, mas também investigar o potencial destes fármacos nos fatores de risco cardiovascular. Foi demonstrado que todos têm uma ligeira influência na redução da pressão arterial (PA), na perda de peso e benefícios ao nível do metabolismo dos lípidos. Outro aspeto a considerar é o possível contributo para a redução da rigidez arterial e inversão do envelhecimento cardiovascular precoce.»

OBJETIVOS DA PRESSÃO ARTERIAL NOS DOENTES DE ALTO RISCO

Prof. Antonio Coca
Unidade de Hipertensão do Instituto de Medicina Interna e Dermatologia da Universidade de Barcelona, Espanha

FACTO: «Em 2007, as *guidelines* europeias definiram que o objetivo terapêutico para os doentes hipertensos de risco deveria assentar na redução da PA para valores mais baixos do que os preconizados para a generalidade da população hipertensa (130/80 mmHg). Embora esteja demonstrado que a redução da PA diminui o risco cardiovascular, não existe evidência do nível ótimo desejável.»

DESAFIO: «A reavaliação das *guidelines* europeias, em 2009, concluiu que as recomendações anteriores não eram suportadas pela melhor evidência científica e que, portanto, deveriam ser revistas. O paradigma "quanto mais baixo, melhor" foi substituído por um novo: "quanto mais cedo, melhor", enfatizando a importância de evitar a progressão da doença. Este é um dos tópicos das *guidelines* da ESH/ESC de 2013, que devem ser publicadas no próximo mês de junho.»

HEMODINÂMICA CENTRAL E COMPREENSÃO DAS LESÕES CEREBRAIS

Prof. Stéphane Laurent
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, França

FACTO: «A hipertensão arterial, além do impacto na ocorrência de AVC, também está associada ao risco de lesões cerebrais – hiperdensidades da substância branca, AVC "silencioso" e microderrames. No entanto, os exatos mecanismos do seu desenvolvimento ainda não são claros.»

DESAFIO: «Nos últimos anos, um grande número de estudos tem relatado fortes relações entre a hemodinâmica central e as lesões cerebrais subclínicas ou disfunções cognitivas. Em particular, um agravamento da rigidez da artéria aorta pode estar relacionado com lesões cerebrais microvasculares. Por fim, as hiperdensidades da substância branca e o AVC "silencioso" podem ser considerados marcadores de isquemia cerebral crónica resultante da lesão de pequenos vasos cerebrais.»

PRIVAÇÃO DO SONO E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Prof. Krzysztof Narkiewicz
Medical University of Gdansk, Polónia

FACTO: «Uma parte significativa (mais de 40%) da população sofre de privação crónica do sono. Existe evidência crescente de que a curta duração do sono, a privação do mesmo e a insónia estão associadas a hipertensão, síndrome metabólica e aumento do risco cardiovascular.»

DESAFIO: «Os potenciais mecanismos subjacentes a esta relação incluem a estimulação do sistema nervoso simpático, a ativação do sistema renina-angiotensina, o aumento de peso e as alterações no metabolismo da glicose. As consequências cardiovasculares e metabólicas desta privação podem começar na adolescência. Como tal, um sono adequado pode ser um fator de grande importância na prevenção e no tratamento da HTA e da doença cardiovascular.»

DESAFIOS NO TRATAMENTO DA HTA EM 2013

Prof.ª Serap Erdine
Presidente da Sociedade Turca de Hipertensão e Aterosclerose

FACTO: «A incapacidade de atingir os níveis desejados no controlo da PA encorajou os investigadores a analisar as interações entre diversos mecanismos fisiopatológicos que afetam a PA, levando à descoberta de novos fármacos e de outros dispositivos.»

DESAFIO: «Os inibidores das vasopeptidases e os inibidores do recetor da angiotensina e da neprilisina têm sido investigados, embora a sua utilização seja limitada pela eventualidade de ocorrência de angioedema. Já os bloqueadores dos recetores mineralocorticoides e os antagonistas dos recetores da endotelina têm demonstrado eficácia na hipertensão resistente. Atualmente em investigação estão os fármacos que libertam diretamente óxido nítrico, bem como duas vacinas que atuam no sistema renina-angiotensina. Por outro lado, a denervação renal com cateter poderá ser uma das intervenções mais promissoras no tratamento da HTA resistente.»

*Resumos publicados no Jornal de Notícias Prévias do 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular/Esfera das Ideias

Resumos COnferências.indd 22 5/28/2013 12:25:22 PM

SUMMER SCHOOL DA SOCIEDADE EUROPEIA DE HIPERTENSÃO 2013

2013 ESH HYPERTENSION SUMMER SCHOOL

SummerSchool.indd 24 5/28/2013 12:38:50 PM

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente
Teresa Maria Rodrigues

Vice-Presidente
Paulo Pessanha

Secretário
Mafalda Santos

DIRECÇÃO

Presidente
Fernando Pinto

Presidente Eleito
J. Mesquita Bastos

Secretário-Geral
Manuel Carvalho Rodrigues

Secretários-Adjuntos
Vítor Paixão Dias
José Carlos Marinho
Joana Campina

Tesoureiro
Luísa Moreira

CONSELHO FISCAL

Presidente
Maria João Lima

Vice-Presidente
Pedro Guimarães Cunha

Secretário
Clarinda Neves

Lisboa, 08 de Abril de 2013

Caro(a) Colega,

Como provavelmente já é do seu conhecimento em 2013 o ***Summer School da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH)*** é organizado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) e vai decorrer no Hotel Soverde – Espinho de **21 a 27 de Setembro**. Este curso que decorre em países diferentes cada ano é um evento *once-in-a-lifetime* pelo que só poderá ser frequentado uma vez.

A seguir ao congresso anual esta é a reunião mais importante da ESH que suporta integralmente os custos referentes a acomodação e refeições de todos os inscritos (cerca de 60 de toda a Europa e de alguns países latino-americanos) tendo sido atribuídas a **Portugal 6-8 vagas**, por ser o país organizador.

O curso destina-se a jovens candidatos (idealmente com menos de 40 anos) fortemente dedicados à hipertensão arterial, provenientes quer da investigação básica quer da prática clínica, estando a ser preparado um programa científico com palestrantes de reconhecido mérito nacionais e internacionais abrangendo múltiplos aspectos que vão das ciências básicas à clínica e terapêutica, passando pela genética e epidemiologia, sendo a língua oficial o inglês.

As candidaturas portuguesas deverão ser formalizadas por email dirigido ao *Director* do ESH Summer School 2013, para o site da SPH (geral@sphta.org.pt) **até ao dia 19 de Maio de 2013** (inclusive) acompanhadas de *Curriculum Vitae* resumido em inglês (máx. 3 págs. A4, escritas em Arial 12 a 1,5 espaço) onde devem ser incluídas as referências a trabalhos publicados e/ou apresentados na área da hipertensão e/ou risco cardiovascular, bem como os contactos tlm e email do candidato. Durante o mês de **Junho** a SPH informará, por email, os candidatos admitidos que deverão reconfirmar a sua presença.

Os candidatos são convidados a participar activamente no programa apresentando os seus trabalhos (sessão oral/posters) para o que deverão enviar também resumo em inglês de trabalho que pretendam apresentar.

Serão condições preferenciais de candidatura:

1) ter participado numa das edições prévias do *Summer School da SPH*
2) ser sócio da SPH
3) qualidade do trabalho enviado para eventual apresentação

Melhores cumprimentos,

Fernando Pinto
Presidente da SPH & *Director* do ESH Summer School 2013

SummerSchool.indd 25 5/28/2013 12:38:51 PM

SUMMER SCHOOL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO 2013

2013 SPH HYPERTENSION SUMMER SCHOOL

SummerSchool.indd 26 5/28/2013 12:38:51 PM

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

Lisboa, Abril de 2013

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente
Teresa Maria Rodrigues

Vice-Presidente
Paulo Pessanha

Secretário
Mafalda Santos

DIRECÇÃO

Presidente
Fernando Pinto

Presidente Eleito
J. Mesquita Bastos

Secretário-Geral
Manuel Carvalho Rodrigues

Secretários-Adjuntos
Vítor Paixão Dias
José Carlos Marinho
Joana Campina

Tesoureiro
Luísa Moreira

CONSELHO FISCAL

Presidente
Maria João Lima

Vice-Presidente
Pedro Guimarães Cunha

Secretário
Clarinda Neves

Caro(a) Colega,

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão organiza a 10ª edição da sua "**HYPERTENSION SUMMER SCHOOL**" no **Palace Hotel da Curia**, de **26 a 29 de Setembro de 2013.**

O Curso destina-se a médicos jovens, com interesse especial na clínica e na investigação da hipertensão arterial. As inscrições estão limitadas a um total de 20 e a língua oficial do curso é o Inglês. Neste curso serão abordados temas de genética, fisiologia, epidemiologia e farmacologia clínica.

Ao melhor participante neste Curso, escolhido após avaliação efectuada no fim do mesmo, será concedida uma **Bolsa de Estudo** com a duração de três meses, para participar num projecto de investigação num Serviço de renome, no estrangeiro, na área da HTA.

As candidaturas deverão ser formuladas até **24 de Maio**, através do envio de carta, dirigida à Comissão Organizadora, para o e-mail:
summerschool2013.sphta@gmail.com

A Comissão Organizadora enviar-lhe-á, então, um formulário cujo preenchimento é indispensável para que a candidatura seja aceite. A este deverá ser anexado um CV limitado a uma página A4. Esta documentação deverá ser enviada para o e-mail citado até **31 de Maio de 2013.** A organização comunicará até **15 de Junho**, a todos os candidatos, a aceitação ou não da candidatura.

Todo o candidato tem de ser fluente em Inglês e estar disponível para aceitar a Bolsa de Estudo no estrangeiro, caso venha a ser o laureado.

A inscrição no Curso é gratuita. Todas as despesas do Curso e a Bolsa de Estudo são suportadas pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Fernando Pinto
(Presidente da SPH)

Prof. Agostinho Monteiro
(Comissão Organizadora)

SummerSchool.indd 27 5/28/2013 12:38:52 PM

DIA MUNDIAL
HIPERTENSÃO
iniciado pela WORLD HYPERTENSION LEAGUE

17 Maio 2013

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

ATENÇÃO à sua TENSÃO!

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

SANTA MARIA DA FEIRA
Capital da Hipertensão 2013

Local: Rossio de Santa Maria da Feira

09h30	Início dos Rastreios da pressão arterial (actividade mantida ao longo de todo o dia) e Sessão de esclarecimento para adultos sobre "Hipertensão Arterial e Estilos de Vida"
10h00	Sessão de esclarecimento para crianças do 2º ciclo sobre "Hipertensão Arterial e Estilos de Vida"
10h30	Sessão de *Show-cooking* para crianças do 2º ciclo
11h00	Sessão Solene do Dia Mundial da Hipertensão
12h00	Sessão de autógrafos com os jogadores do Clube Desportivo Feirense
14h30	Sessão de esclarecimento para adultos sobre "Hipertensão Arterial e Estilos de Vida"
15h00	Sessão de esclarecimento para crianças do 2º ciclo sobre "Hipertensão Arterial e Estilos de Vida"
15h30	Sessão de *Show-cooking* para crianças do 2º ciclo
17h30	Encerramento das actividades do Dia Mundial da Hipertensão

Pressão Arterial Saudável
Coração Saudável

Apoio: SERVIER · Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. · PIC solution · LUSO · AIPAN · CONTINENTE

SummerSchool.indd 28 6/25/2013 5:45:46 PM

8º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO e Risco Cardiovascular Global

8th INTERNATIONAL MEETING ON HYPERTENSION and Global Cardiovascular Risk

AGÊNCIA OFICIAL
Viagens Abreu S.A.
Av. dos Aliados, 207, 4000-067 Porto
Telf. :+351 222 043 570 Fax: +351 222 043 693
E-mail: npinto.porto@abreu.pt

SECRETARIADO EXECUTIVO
Veranatura – Conference Organizers
R. Augusto Macedo, 12-D Escritório 2, 1600-503 Lisboa
Telfs.: +351 217 120 778 Fax: +351 217 120 204
E-mail: cidaliampacheco@veranatura.pt

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

PRÉMIO PROF. FERNANDO PÁDUA / MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL DO 7º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR

"Percentis da Pressão Arterial em Função da Idade e Altura em 11.102 Crianças e Adolescentes Portuguesas - Dados do Registo da Aveleira"

João Maldonado, Telmo Pereira (Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Universidade Metodista de Angola, Clínica da Aveleira)

RESUMO: 12
CASO CLÍNICO: HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Svetlana Golicov, Raquel Moreira Cruz, Teresa Borralho, Gorete Jesus, Miguel Capão Filipe
Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro
Email: svetlana.golicov@gmail.com

RESUMO

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino com 25 anos, enviado para Consulta Externa de Hipertensão e fatores de risco por apresentar hipertensão grave com retinopatia hipertensiva, com proteinúria subnefrótica, insuficiência renal e com história familiar de Hipertensão e patologia renal. Fez biópsia renal que revelou glomerulosclerose segmentar focal. Por decisão do nefrologista não fez terapêutica imunossupressora por o doente já apresentar lesões renais graves, secundárias à hipertensão e foi instituída terapêutica dirigida ao controlo da tensão arterial e outros fatores de risco vascular. O doente apesar de ter mantido a tensão arterial controlada com a medicação, evoluiu para insuficiência renal terminal ao fim de 7 anos e encontra-se a fazer diálise peritoneal. A glomerulosclerose segmentar focal é uma doença caracterizada por fibrose de parte do glomérulo. É responsável por 15 a 20% das síndromes nefróticas idiopáticas dos adultos, podendo ser secundária a outra patologia ou primária. Os doentes geralmente apresentam-se com proteinúria severa assintomática. Em 30 a 50% dos doentes existe hipertensão arterial. Em 5 a 20 anos a maioria dos pacientes desenvolve insuficiência renal crónica terminal. Este caso alerta-nos para importância da medição da TA em idades jovens. Neste caso ainda mais importante, devido aos antecedentes familiares de HTA e patologia renal. O doente poderia ter tido outra evolução, se se tivesse detetado a TA numa fase precoce, e tivesse sido detetada a patologia renal, com vista a terapêutica dirigida antes de ter lesões graves dos órgãos alvo secundárias à HTA.

RESUMO: 13
DESNERVAÇÃO RENAL PERCUTÂNEA – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Luis Paiva, Paulo Dinis, Andreia Fernandes, António Leitão Marques
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Email: luisvpaiva@gmail.com

RESUMO

A hipertensão arterial (HTA) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade precoces. Apesar da disponibilidade de vários fármacos hipotensores, a pressão arterial (PA) de difícil controlo mantém-se um desafio clínico. A HTA resistente é uma condição complexa, com vários factores contributivos e sobreposição de comorbilidades médicas. O advento da recente técnica de desnervação renal percutânea (DNR), ainda com limitado suporte científico, poderá constituir um importante adjuvante terapêutico nesta população de altíssimo risco cardiovascular.
Foram seleccionados 9 doentes que cumpriam os critérios estabelecidos para HTA resistente, tendo sido submetidos a DNR bilateral com o dispositivo Simplicity®. Este trabalho pretende caracterizar a amostra e apreciar os resultados preliminares desta técnica percutânea.
A maioria dos doentes apresentava HTA do tipo sisto-diastólica (N=8, 88.9%). As características basais da amostra (pré-procedimento) constam na tabela, tal como os sinais vitais observados na última consulta e na monitorização ambulatória de PA (MAPA). Em relação às complicações decorrentes do procedimento observou-se 1 caso de vaso-espasmo duma artéria renal e 1 hematoma significativo. Não se observaram outras complicações (estenoses, disseções, hematoma peritoneal). Da amostra inicial, 5 já completaram 6 meses de seguimento, não apresentando alterações significativas no índice de massa corporal: PA sistólica [consulta] (148±19 mmHg), PA diastólica [consulta] (85±7 mmHg), PA sistólica [MAPA6M] (132±9 mm Hg), PA diastólica [MAPA6M] (84±10 mmHg), número de fármacos hipotensores (5.2±1.3). Apesar do diminuto tamanho da amostra, os valores de PA sistólica e diastólica [consulta] aos 6 meses eram tendencialmente menores do que aqueles encontrados na consulta que antecedeu a DNR (p=0.087). Em relação aos doentes com

	Amostra (N=9)
Idade (anos)	53.0±7.7
Masculino	6 (66.7%)
Índice Massa Corporal	28.6±3.8
Diabetes mellitus	2 (22.2%)
S. apneia do sono	1 (11.1%)
Tx filtração glomerular (mL/min)	84.89±18.7
Hx de enfarte do miocárdio	1 (11.1%)
Acidente vascular cerebral	1 (11.1%)
PA sistólica (mm Hg) – consulta	181±23
PA diastólica (mm Hg)	101±9
PA sistólica (mm Hg) – MAPA	160±22
PA diastólica (mm Hg) – MAPA	100±15
Massa do VE indexado (g/m²)	159±82
N. de fármacos hipotensores	5.8±0.7
Espironolactona	8 (88.9%)

Resumos com prémio.indd 30 5/28/2013 12:25:51 PM

6 meses de seguimento, houve uma melhoria no padrão tensional nocturno em 2 dos doentes previamente non-dippers.

CONCLUSÃO

Apesar de limitada, a nossa experiência com a DNR tem sido entusiasmante dado os resultados preliminares obtidos numa população de alto risco e refractária à terapêutica médica optimizada. A DNR poderá ser um adjuvante importante no controlo da HTA resistente e a generalização deste procedimento, aparentemente seguro, permitirá conhecer melhor a eficácia e a durabilidade dos seus efeitos hipotensores e metabólicos.

RESUMO: 21
RISCO VASCULAR E IMUNODEFICIÊNCIA – CASUÍSTICA E AVALIAÇÃO DE UM ANO DE CONSULTA

Magda Terenas[1], Manuel Ferreira Gomes[1], Lígia Peixoto[1], Nuno Janeiro[2], Carla Santos[2], Manuela Doroana[2], Francisco Antunes[2], J.M. Braz Nogueira[1]
[1]Serviço de Medicina 1, [2]Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal
Email: terenasster@gmail.com

RESUMO

Os doentes portadores do vírus da imunodeficiência humana (VIH) apresentam um maior risco cardiovascular do que a generalidade da população. O efeito do vírus por si só e os efeitos adversos da terapêutica anti-retroviral (TARV) contribuem para o aumento do risco aterosclerótico. Na abordagem destes doentes assume particular importância o conhecimento das potenciais e frequentes interações medicamentosas.
Com o intuito de avaliar de forma sistemática o risco vascular global nesta população específica e proceder ao seu tratamento, foi criada a consulta de "Risco Vascular e Imunodeficiência" em Novembro de 2011. Os doentes são referenciados a partir da consulta de Imunodeficiência do hospital.
O presente trabalho visa apresentar os principais dados estatísticos referentes à casuística de um ano de actividade da consulta. O número total de doentes avaliados foi de 87, com um total de 138 consultas, sendo os doentes maioritariamente do sexo masculino (70,1%), de raça caucasiana (79.3%) e com uma idade média de 53,3 anos. A maioria dos doentes apresenta infecção pelo VIH 1 (89,7%), com um tempo médio de evolução desde o diagnóstico de 10,9 anos, encontrando-se 95,4% sob TARV.
Em relação ao perfil de risco vascular, o número médio de fatores de risco foi de 2,6 por doente. O número total de doentes analisados com hipertensão arterial (HTA) foi de 81 doentes (93,1%), diabetes mellitus (DM) 15 doentes (17,2%), dislipidemia 64 doentes (73,6%; a maioria apresentando dislipidemia mista: 11 com hipertrigliceridemia, 20 com hipercolesterolemia e 33 com dislipidemia mista), tabagismo ativo 23 doentes (26,4%), hábitos tabágicos prévios 12 doentes (13,8%), etilismo 19 doentes (21,8%), doença renal crónica 7 doentes (8,1%), evento prévio cerebrovascular e/ou coronário 3 doentes (3,5%) e doença arterial periférica 2 doentes (2,3%).
A análise dos primeiros dados confirma o elevado risco vascular nos doentes com infecção VIH (neste grupo predominando a HTA e a dislipidemia). É necessário destacar o importante peso dos fatores de risco (2,6 em média) apresentados, tratando-se de uma população mais jovem (média 53,3 anos) face à população habitualmente seguida nas consultas de risco vascular.
O aumento da esperança média de vida com a introdução da TARV veio criar novos desafios, na medida em que, com a maior longevidade destes doentes, surge com o decorrer do tempo, um maior número de efeitos adversos dos fármacos, nomeadamente hiperlipidemia e aumento da resistência à insulina.
Assim, torna-se fulcral a avaliação do risco vascular destes doentes e intervir precocemente, alterando os estilos de vida e, quando necessário, introduzir terapêutica dirigida. Contudo, para uma análise mais aprofundada dos dados é necessário um maior número de doentes, um maior tempo de seguimento dos mesmos (de forma a obter os dados relativos ao controlo de cada fator de risco) e uma análise mais específica de cada subgrupo (TARV, fatores de risco vascular e terapêutica dirigida a estes).

RESUMO: 22
A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A DIABETES NA DESCOMPENSAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: QUAL O SEU PAPEL?

Davide Moreira, Bruno Marmelo, Anne Delgado, Bruno Rodrigues, Luís Nunes, Oliveira Santos
Serviço de Cardiologia – Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Email: davidasmoreira@gmail.com

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HTA) encontram-se fortemente associadas como fatores de risco cardiovascular, resultando em morbilidade e mortalidade cardiovasculares significativas bem conhecidas no enfarte agudo do miocárdio. Será que tal se verifica nos doentes com insuficiência cardíaca (IC)?

OBJETIVOS: Analisar se a repercussão conjunta da HTA e DM no prognóstico intrahospitalar e ao longo de follow-up de dois anos após descompensação de IC supera o impacto isolado de ambos os fatores em comparação com doentes sem estes dois fatores de risco.

MÉTODOS: Estudo retrospetivo de 600 doentes (D) (48,5% homens; 51,5% mulheres) admitidos por descompensação de IC de diferentes etiologias. Analisados os antecedentes pessoais de HTA e DM e constituiu-se 4 Grupos (G): A – Sem HTA ou DM; B – HTA; C – DM; D – HTA + DM, tendo-se procedido à comparação das suas características em internamento. Efetuado follow-up pós alta clínica aos 3 meses (M), 6M, 12M, 18M e 24M com determinação de endpoint combinado de morte ou re-internamento por descompensação de IC (M/Ri). Análise estatística com SPSS, com significância estatística de 0,05.

RESULTADOS: A distribuição por grupos foi: A- 29%; B- 36,2%; C- 6%; D- 28,8%. A média de idades foi de 77,5 anos não se verificando diferença entre grupos. Nos antecedentes patológicos verificou-se maior associação de dislipidemia com HTA e DM (A-10,3%, B-26,3%, C-27.8%, D-46,8%, p<0,001), estando estes grupos mais medicados com estatina, com diferença significativa. Não se verificou diferença entre grupos na prevalência de fibrilhação auricular nem em alterações do ECG de admissão. Nos parâmetros analíticos verifica-se que GA tem níveis mais elevados de BNP na admissão e na alta. Relativamente ao ecocardiograma não se verifica a existência de alterações relevantes. Entre grupos não se verificou a existência de diferença nas complicações em internamento nem na mortalidade intrahospitalar. Na medicação à data de alta apenas se verificou diferença na prescrição de estatina mas frequentes nos grupos com HTA e/ou DM. O follow-up realizado aos 3M, 6M, 12M, 18M e 24M não demonstra a

Resumos com prémio.indd 31 5/28/2013 12:25:51 PM

existência de diferenças significativas entre os grupos para o endpoint definido.

CONCLUSÕES: Para a amostra estudada verifica-se que a existência concomitante ou isolada de fatores de risco cardiovascular como HTA e DM não se associa a pior prognóstico no contexto de IC ao contrário do que se verifica no EAM.

RESUMO: 24
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM DOENTES MUITO IDOSOS

Patrícia Vasconcelos, Susana Heitor, Nuno Bragança
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE
Email: patyvasco@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O aumento da esperança média de vida traduz-se num número significativo de doentes muito idosos. Esta faixa etária tem sido pouco estudada e necessita de cuidados especiais pelas particularidades fisiopatológicas que apresenta. A hipertensão arterial (HTA) é um dos mais importantes factores de risco cardiovascular e tem elevada prevalência nos indivíduos idosos. Actualmente, reconhecem-se os benefícios do tratamento da HTA em doentes desta faixa etária pela redução significativa dos eventos cardiovasculares e do risco de morte. Com este trabalho, pretendemos avaliar a prevalência de HTA em doentes muito idosos internados no nosso serviço, analisar a sua relação com o motivo de internamento e terapêutica antihipertensora.

MATERIAL E MÉTODOS: Analisámos as notas de alta dos doentes muito idosos (VOP - very old people – idade > ou = esperança média de vida + 5 anos, para ambos os sexos) admitidos no nosso serviço de 01/01/2011 a 31/12/2011. Seleccionámos os doentes que apresentavam HTA como antecedente pessoal. Calculámos a média de internamento e o número de óbitos. Identificámos o motivo de internamento e analisámos outros factores de risco cardiovascular. Avaliámos, ainda, a terapêutica antihipertensora utilizada em ambulatório e se esta foi alterada à data de alta. A codificação, registo e análise estatística dos dados foi feita em Epi Info™ 7.

RESULTADOS: No ano de 2011 registámos 996 internamentos, dos quais 189 (19%) eram VOP. Destes, 120 (63%) eram hipertensos (54% do sexo feminino e 46% do sexo masculino). A média de internamento encontrada foi de 14 dias. Faleceram 14 doentes. Foram identificados 4 grupos nosológicos (doenças do sistema respiratório, circulatório, neurológico e genitourinário) como principais motivos de internamento. 28% dos internamentos foram por patologia cardiovascular. Dos hipertensos, 20% tinham mais 2 factores de risco cardiovascular. Entre os 90 doentes sob terapêutica antihipertensora em ambulatório, 33% estavam medicados em monoterapia, 46% com 2 fármacos antihipertensores e 21% com três ou mais fármacos. As classes mais frequentemente utilizadas foram os diuréticos (79%) e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs - 54%). As associações fixas eram utilizadas por apenas 24% dos doentes. Em 52% dos hipertensos a terapêutica antihipertensora foi alterada à data de alta.

CONCLUSÕES: A prevalência de HTA e de outros factores de risco cardiovascular, nesta população, inferior ao que seria espectável pelos estudos epidemiológicos, deve-se, muito provavelmente, a uma sub-notificação nas notas de alta. A HTA apresentou-se mais como co-morbilidade, estando associada ao motivo de internamento em apenas 28% dos doentes. A prescrição de associações fixas de fármacos anti-hipertensores parece-nos baixa. Na alta hospitalar, a alteração da terapêutica ambulatória anterior foi considerada benéfica, em mais de metade dos doentes.

RESUMO: 25
HTA RESISTENTE – UM DESFECHO CATASTRÓFICO

Mafalda Miranda, Lénea Porto, Ana Gomes, Fernando Girão
Serviço de Medicina 1, Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Email: mafalda__miranda@hotmail.com

RESUMO

Pela sua prevalência, morbimortalidade e consequentes custos, a Hipertensão (HTA) representa um importante problema de saúde pública. Apesar das atuais várias opções terapêuticas ao nosso dispor, só um terço dos doentes apresentam a doença controlada e cerca de 1 em cada 50 hipertensos acaba por desenvolver HTA resistente aos 18 meses após o diagnóstico. Das possíveis complicações que desta doença podem advir, destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), isquémico ou hemorrágico, que é atualmente a principal causa de morte em Portugal. De notar que a HTA é o fator de risco modificável mais importante e prevalente para o AVC.
Apresentamos o caso de uma doente de 50 anos, com diagnóstico de HTA desde os 25, que desde cedo se revelou de difícil controlo. Por esse motivo, foi realizado o estudo adequado para exclusão de causas secundárias de HTA, tendo sido apenas, recentemente, diagnosticado o Síndrome de Apneia-Hipopneia do sono, cujo tratamento com autoCPAP nasal não se refletiu numa descida significativa dos valores tensionais habituais. Apesar da terapêutica combinada com cerca de seis grupos farmacológicos distintos de anti-hipertensores, a doente manteve, desde sempre, valores de TAS média de 180 mmHg e de TAD de 110, confirmados inclusive em regime de internamento e documentada em MAPA, pelo que tem constituído desde sempre um importante desafio clínico. Para além da lesão renal e cardíaca resultantes deste mau controlo, a doente apresentou o primeiro evento vascular cerebral hemorrágico aos 41 anos. Desde então teve recorrência do AVC hemorrágico um ano depois e dois AVC isquémicos. Pela resistência ao tratamento médico, foi recentemente orientada para consulta de Desnervação Renal, à qual não se chegou a deslocar, por ter ocorrido um terceiro AVC hemorrágico, que, juntamente com as sequelas dos eventos cerebrais anteriores, resultou num elevado grau de dependência, pela afasia e tetraparésia sequelares. De notar que nos primeiros meses após os eventos cerebrais, e após a fase aguda do AVC, paradoxalmente a doente mantinha valores tensionais controlados apenas com três grupos farmacológicos, que se viriam mais tarde a revelar insuficientes, retomando os valores tensionais prévios aos eventos.
O presente caso realça a importância de um importante controlo da HTA para prevenir as consequências catastróficas que dela podem resultar e, acima de tudo, partilhar a dificuldade e o desafio clínico que constitui a HTA resistente desta doente.

RESUMO : 26
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA CAPITAL BRASILEIRA. ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Luiz César Nazário Scala, Fábio Liberali Weissheimer

Resumos com prémio.indd 32 5/28/2013 12:25:51 PM

Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) Faculdade de Medicina e Unidade de Hipertensão - Hospital Universitário Júlio Müller (UFMT) Cuiabá, Mato Grosso, Brasil
Email: lscala@terra.com.br

RESUMO

No Brasil a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, contribuindo, direta ou indiretamente, com 50% das mortes por doenças cardiovasculares. Apesar dessa elevada prevalência, poucos estudos sobre incidência de hipertensão em populações têm sido publicados no Brasil e no mundo. Estudo de coorte prospetivo, de base populacional, por meio de inquérito domiciliar, em adultos, da área urbana de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, região centro-oeste do Brasil. A coorte iniciou-se em 2003, com 1.699 indivíduos na faixa de 18 a 74 anos, seguidos por 6,8 anos. A população fonte foi constituída por 400 indivíduos pré-hipertensos [pressão arterial sistólica (PAS)/ diastólica (PAD) ≥ 120/80 e <140/90]. Em 2010 realizou-se a busca ativa dos participantes por meio de Google Maps, GPS e mapas cartográficos da cidade. Foram obtidas informações demográficas, socioeconómicas, de hábitos de vida, antropométricas e medidas de PA (esfigmomanómetro ONROM-HEM 705CP). Para análise da PA considerou-se a média das duas últimas medidas, adotando-se o critério ≥ 140/90 mmHg, ou uso de medicação anti-hipertensiva, para o diagnóstico de hipertensão arterial. Os dados foram analisados nos programas MINITAB® versão 15.0 e STATA® versão 10.0. Foram realizadas estatísticas descritivas, análise bivariada e de regressão múltipla de Poisson. Neste modelo final de regressão permaneceram as variáveis com p<0,05.
Foram analisados 171 indivíduos, com média de idade de 46,6 (± 13,5) anos, predomínio do género masculino (61,9% vs 38,1%), 72,5% não brancos, 57,3% com 9 ou mais anos de estudo, 44,4% pertencentes à classe económica C. Hábitos alimentares: 68,4% com consumo moderado e excessivo de gorduras, 10,5% sempre adicionavam sal à comida. 76,6% ingeriam café diariamente, 44,4% faziam três refeições por dia, 26,9% sedentários e 13,4% fumantes ativos. Dados antropométricos: 41,5% com relação cintura/ quadril aumentada, IMC médio de 27,9 Kg/ m^2, excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m^2) em 72,4%. Observou-se incidência de hipertensão arterial de 58,5% em seguimento de 6,8 anos, com estimativa de 86% em 10 anos. Sob análise de regressão logística, a incidência de hipertensão permaneceu associada com as seguintes variáveis: idade superior a 60 anos, renda per capita mensal familiar inferior a dois salários mínimos (US$ 465,00), obesidade, assistir televisão por quatro ou mais horas/dia e habitar em domicílio com mais de quatro moradores.
Em conclusão, observou-se elevada incidência de hipertensão na população urbana pré-hipertensa de Cuiabá, Mato Grosso, em associação com fatores de risco bem conhecidos, a maioria modificáveis. A disponibilidade desses dados são úteis para o planeamento de políticas de prevenção primária e secundária, individual ou coletiva, em especial nos grupos de maior risco cardiovascular.

RESUMO: 27
IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS DOENTES COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

André Correia, Ricardo C Rodrigues, M. Gomes Serrão, Hugo Café, Nuno Santos, Rui Oliveira, Susana Gomes, Paula Faria, Eva Pereira, António Freitas, Décio Pereira.
Hospital Nélio Mendonça, SESARAM EPE
Email: correia.ajc@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HTA) está associada com o aumento da morbi-mortalidade cardiovascular em todos os grupos etários. Este estudo tem como objectivo avaliar a prevalência HTA e o seu impacto na morbi-mortalidade intra-hospitalar no Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo de 817 doentes consecutivos, admitidos por EAM, entre Outubro de 2009 até Outubro de 2012. Definiu-se HTA de acordo com os critérios da Sociedade Europeia de Hipertensão e de Cardiologia: pressão arterial sistólica» 140 mmHg ou pressão arterial diastólica» 90 mmHg. Dividiu-se a amostra em 2 grupos: doentes com antecedentes de HTA (Grupo H: n=550, 67.3%; 64.0% homens); e doentes sem antecedentes de HTA (grupo NH: n=267, 32.7%; 79.0% homens). Com recurso a análise de dados através do SPSS procedeu-se à comparação dos mesmos quanto ao objectivo primário composto (re-EAM não fatal, AVC e mortalidade total).

RESULTADOS

A prevalência de HTA nos doentes admitidos por EAM foi de 67.3%. Não se registaram diferenças no objectivo primário composto (H=8.4% vs NH=7.9%; p=0.808). No grupo H a faixa etária foi mais elevada [H=69.0 (interq=17) vs grupo NH=58,0 (interq=19); p<0.001] e o IMC revelou-se superior [H=27.55 (interq=6.08) vs NH=25.95 (interq=4.26); p=<0.001].
O Grupo H apresentou, à entrada, maior número de antecedentes de angina (H=30.2% vs NH 14.2%; p<0.001), de enfarte do miocárdio (H=24.2% vs NH 12.7%; p< 0.001), de AVC/AIT (H=10.2% vs NH 2.6%; p<0.001), de ICC (H=7.1% vs NH=3.4%; p= 0.034), de Diabetes Mellitus (H=36.7% vs NH=10.9%; p< 0.001), de dislipidémia (H=59.6% vs NH=32.2%; p<0.001), de vida sedentária (H=26.4% vs NH=10.5%; p<0.001) e de insuficiência renal crónica (H=10.4% vs NH 1.9%; p<0.001).
O grupo H apresentou Killip > 1 na admissão (H 23.6% vs NH 14.6%; p= 0.004) e às 72h (H 27.4% vs NH 20.0%; p=0.028). Não foram verificadas diferenças na história familiar de doença cardíaca e doença arterial periférica. Os doentes do grupo H registaram à entrada maiores valores de glicémia [H=147 (interq=105) vs NH 125 (interq=61); p<0.001], creatinina [H=1.135 (interq=0.60) vs NH 0.99 (interq=0.36); p<0.001], BNP [H=334 (interq=658) vs NH=181.5 (interq=391); p<0.001] e de hemoglobina [H=14.1 (interq=2.6) vs NH 14.85 (interq=2.18); p<0.001]. Tiveram menos doença de 1 vaso (H 28.35 vs NH 43.9%; p<0.001), não se tendo verificado diferenças na doença coronária de 2, 3 vasos ou tronco comum.
Não se registaram diferenças estatisticamente significativas no tempo de internamento em Cardiologia [H=6 (interq=4) vs NH=6 (interq=3); p=0.281].

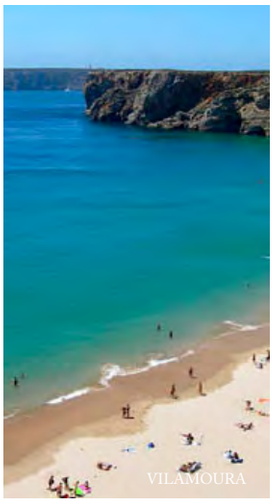
CONCLUSÕES

Na amostra em estudo, a HTA não se associou a um aumento da morbi-mortalidade no EAM, ou com maior número de dias de internamento. No entanto, verificou-se uma associação da HTA com outros factores de risco cardiovasculares.

Resumos com prémio.indd 33 5/28/2013 12:25:51 PM

CONGRESSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS 2013

PORTO


VILAMOURA

COIMBRA

NACIONAIS

7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular
28 Fevereiro a 3 Março 2013
Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura Marinotel - Algarve

XXVII Congresso Português de Nefrologia
10 a 13 Abril 2013
Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura Marinotel - Algarve

XXXIV Congresso Português de Cardiologia
28 a 30 Abril 2013
Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura Marinotel - Algarve

19º Congresso Nacional de Medicina Interna
22 a 25 Maio 2013
Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura Marinotel - Algarve

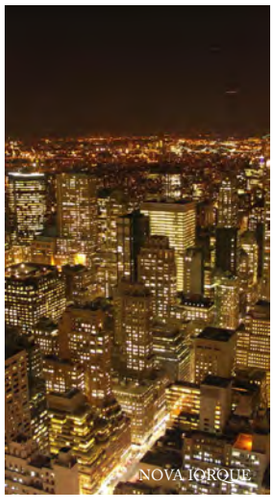
XII Jornadas de Cardiologia da Medicina Familiar de Aveiro Norte
10 e 11 de Outubro de 2013
Hotel Solverde - Espinho

26 Jornadas de Cardiologia da Unidade de Cardiologia do Hospital Egas Moniz
11 e 12 de Outubro de 2013
Hotel Vila Galé Ópera - Lisboa

XIV Jornadas de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular de Matosinhos
15 e 16 de Novembro de 2013
Hotel Sheraton - Porto

S. FRANCISCO

AMESTERDÃO


NOVA IORQUE

INTERNACIONAIS

ACC - American College of Cardiology Meeting
9 a 11 de Março 2013
S. Francisco - EUA

ASH - American Society of Hypertension Meeting
15 a 18 de Maio 2013
S. Francisco - EUA

ESH - European Society of Hypertension Congress
14 a 18 de Junho 2013
Milão - Itália

ESC - European Society of Cardiology Congress
31 Agosto a 4 Setembro 2013
Amesterdão - Holanda

EASD - European Association for the Study of Diabetes
23 a 27 Setembro 2013
Barcelona - Espanha

AHA - American Heart of Cardiology Meeting
16 a 20 de Novembro 2013
Dallas - EUA

Datas.indd 34 5/28/2013 12:40:24 PM