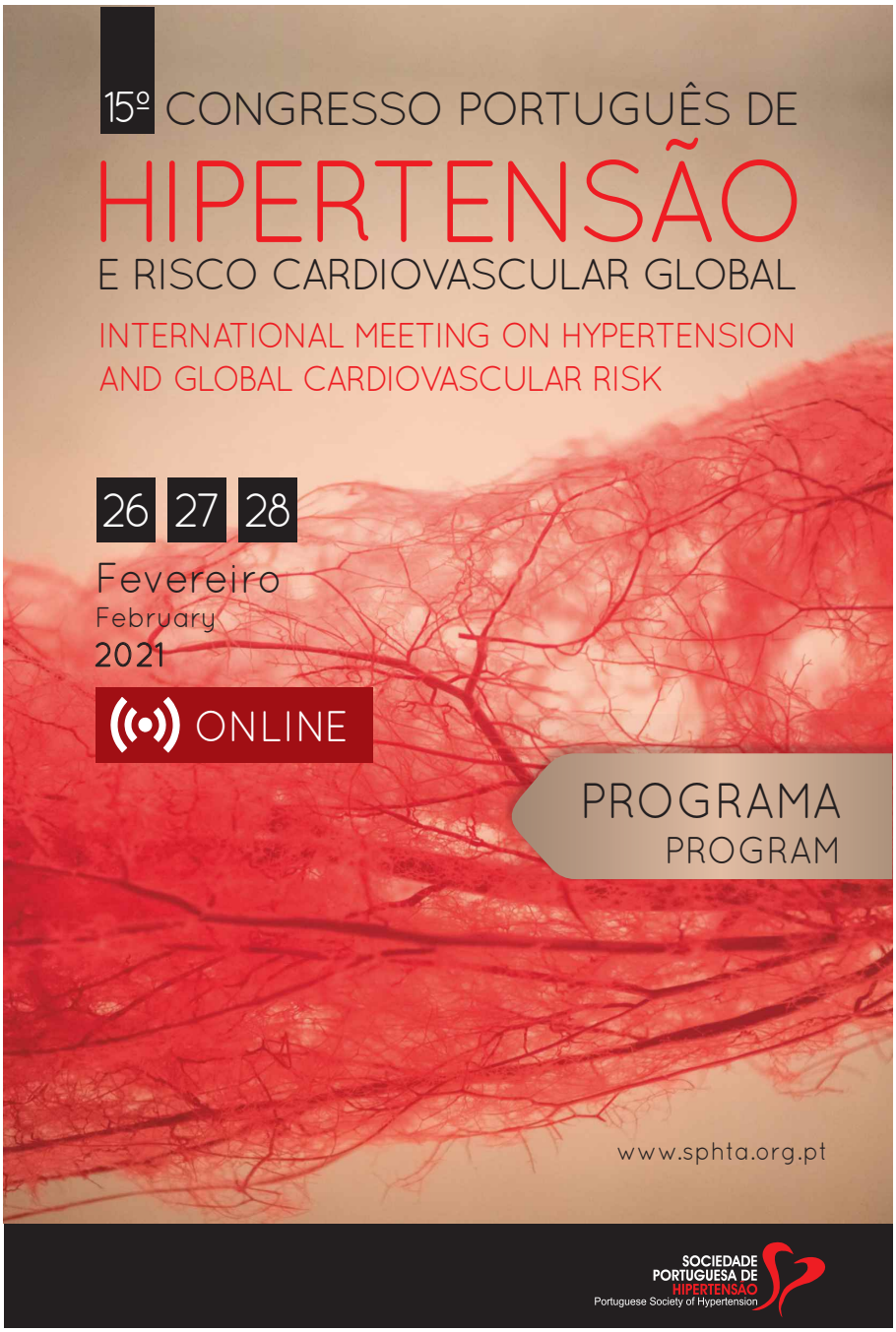
ISSN: 1646-8287

NÚMERO
81

ÓRGÃO OFICIAL DA

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

REVISTA PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR



JANEIRO/FEVEREIRO 2021

ÍNDICE

8
ARTIGOS ORIGINAIS

Perfil de Risco Cardiovascular numa Unidade de Saúde Familiar

Cardiovascular Risk Profile in a Family Health Unit

Outros Fatores de Risco Vascular numa Consulta de Hipertensão Arterial - Casuística em 5 anos (2014 a 2018) de uma Unidade Hospitalar

Other Vascular Risk Factors in a Hypertension Outpatient Clinic - 5 Year Series (2014 to 2018) of a Hospital Unit

27
CASO CLÍNICO

Fenómeno de Nutckracker numa Mulher Hipertensa

Nutckracker Phenomenon in an Hypertense Woman

32
CONGRESSO

Mensagem do Presidente do Congresso

Mensagem do Presidente da Comissão Organizadora

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€ (se solicitado impressão em papel)
Assinatura anual: 35€
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

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. Luís Martins
Prof. Fernando Pádua
Prof. Gorjão Clara
Prof. Pereira Miguel
Prof. Martins Prata
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. 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. Fernando Pinto
Dr. Pedro Guimarães Cunha

EDITORIAL

Após 80 números da nossa Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global editados em formato de papel, inicia-se agora a sua publicação sob a forma exclusivamente digital, formato este já seguido por muitas outras Revistas Científicas, que foi devidamente ponderado com a Direcção da nossa Sociedade tendo sido considerado a evolução natural e desejável especialmente no período que atravessamos.

Dos 3 artigos agora publicados começamos por chamar a atenção para 2 estudos que abordam o tema, sempre actual e de grande interesse, relativo à prevalência de factores de risco cardiovascular e sua associação, quer numa consulta de Hipertensão de uma Unidade Hospitalar quer numa Unidade de Saúde Familiar. Assim, André Matos Gonçalves e colabs. do Centro Hospitalar Médio Tejo fizeram um estudo observacional retrospectivo de mais de 300 hipertensos seguidos entre 2014 e 2018 numa consulta de Medicina Interna/Hipertensão destacando-se a presença de excesso de peso/obesidade em mais de 60% dos hipertensos e de dislipidemia em percentagem semelhante e de diabetes em 22% sendo, contudo, apenas 11% os fumadores. O baixo número de hipertensos sem outros factores de risco (11%) embora concordando, igualmente, com o que está descrito, deve ser devidamente destacado. Também no artigo de Patrícia Silva e Pedro Damião, num estudo retrospectivo de mais de 6000 utentes duma USF de Aveiro que durante o ano de 2018 tiveram pelo menos 1 consulta, é feita a avaliação do perfil de risco cardiovascular utilizando o "score" de risco de Framingham. Neste estudo confirmou-se mais uma vez que um dos factores de risco mais prevalente foi a hipertensão arterial (32%) logo atrás da dislipidemia (44%)sendo também a sua associação a mais frequente. Os autores verificaram, com o modelo utilizado, serem estes os preditores de risco mais associados a lesões de órgãos alvo juntamente com idade e tabagismo, duplicando, por exemplo a presença de hipertensão, a possibilidade de doença cardiovascular. Qualquer destes dois estudos mais uma vez destaca a importância fundamental duma terapêutica devidamente adequada ao perfil de risco global de cada doente sendo igualmente indispensável a sua monitorização continuada.

Por fim, no artigo da dra. Diana Gonçalves e colbs. descreve-se um caso clínico de uma entidade rara e provavelmente subdiagnosticada (síndrome de "Nutcracker") e que poderá ser responsável por hipertensão arterial reno-vascular.

Relativamente ao 15º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular, que irá decorrer sob a forma virtual de 26 a 28 de Fevereiro, publicam-se as mensagens do Presidente da SPH e do Presidente da Comissão Organizadora do Congresso.

J. Braz Nogueira

Texto escrito de acordo com antiga Norma Ortográfica

PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

CARDIOVASCULAR RISK PROFILE IN A FAMILY HEALTH UNIT

Patrícia Silva[1], Pedro Damião[2]

[1]Interna de 4º Ano de MGF – ACeS Baixo Vouga, USF Aveiro/Aradas, Assistente Convidada do Departamento de Ciências Médicas da UA, [2]Médico assistente graduado de MGF – ACeS Baixo Vouga, USF Aveiro/Aradas

Corresponding author: Patrícia Silva, USF Aveiro/Aradas, patricialex87@gmail.com

Resumo

Introdução- *As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em Portugal e no mundo, representam 37% de todas as causas na UE. O tabagismo desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de doença coronária prematura. O score de risco de Framingham (FRS) desenvolvido por D'Agostino et col. é um método acurado para estratificar o risco de DCV, bem como, identificar os indivíduos em risco que são candidatos a estratégias de modificação de fatores de risco cardiovascular (FRCV). Os objetivos deste trabalho foram caracterizar a subpopulação de uma USF quanto à prevalência de FRCV e Lesão de Órgão Alvo (LOA), relacionando a associação dos principais FRCV com LOA recorrendo a um modelo estatístico de regressão logística (RL).*

Métodos-*Recorremos a uma análise exploratória de dados multivariada, partindo de uma amostra de conveniência (n=6290), anonimizada de utentes entre os 30 e os 74 anos de idade inclusive e com pelo menos uma consulta em 2018 numa USF.*

A estimação do risco global de LOA foi calculada com base em um composto de doença coronária (DC), doença cerebrovascular (AVC, AIT), doença arterial periférica (DAP) e insuficiência cardíaca (IC), segundo os critérios do Framingham Heart Study, desenvolvido por Ralph B. D'Agostino et col., em 2007. O modelo RL descreve a associação de LOA aos principais preditores de risco cardiovascular (i.e. idade, sexo, HTA, tabagismo, dislipidemia, DM2, obesidade). Foi avaliada a calibração do modelo X^2, aplicando a estatística de teste Hosmer-Lemeshow goodness of fit (GOF) com 8 df. Para o cálculo do RCV estimado foram excluídos os utentes com diagnóstico de LOA, obtendo-se uma amostra com n=4360 casos.

Resultados-*Num total de 6290 utentes entre os 30 e os 74 anos inclusive, a mediana de idades é de 52 anos. Aproximadamente 32,4% são hipertensos, 20,7% são fumadores ativos e 6,7% apresentam LOA diagnosticada. Aplicando ao modelo de RL, o teste GOF, não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a distribuição observada e a prevista pelo modelo: X^2=10.517, df=8, p-value=0.2306.*

O aumento de um ano na idade associa-se a um aumento de 8% na chance do caso ter LOA. Ser hipertenso mais que duplica (OR=2.1) a chance de LOA e fumar quase duplica a chance de LOA (OR=1.8). Observou-se diferença entre a média de idade dos fumadores e dos não fumadores com LOA (teste Mann-Whitney U, w= 7899.5, p<0.00001), respetivamente 57.8 anos e 64.4 anos.

Conclusões-*A aplicação do FRS para estimação de risco de LOA (i.e. DC, AVC, DAP e IC) individual a 10 anos por associação de múltiplos FRCV permitirá uma abordagem terapêutica individualizada e custo-efetiva. A diferença entre a média de idade dos fumadores e não fumadores com LOA, respetivamente 57.8 anos e 64.4 anos, releva o impacto do tabagismo no aparecimento de LOA sobretudo nos mais jovens. Assim, a cessação tabágica é uma medida crucial na prevenção/atraso de LOA.*

Palavras-chave:
Lesão de órgão alvo (LOA);
Fatores de risco cardiovascular (FRCV);
Tabagismo;
Hipertensão;
Score de risco de Framingham (FRS).

Abstract

Background-*Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death in Portugal and worldwide, accounting for 37% of all causes in the EU. Smoking plays a key role in the development of premature coronary disease. The Framingham Risk Score (FRS) developed by D'Agostino et al is used to stratify CVD risk as well as to identify at-risk individuals who are candidates for cardiovascular risk factors (CVRF) modification strategies. The aim of this study was to characterize the subpopulation of a USF regarding the prevalence of CVRF and Target Organ Damage (TOD), relating the clustering of*

the main CVRF with TOD using a statistical logistic regression (LR) model.

Methods- *We performed a multivariate exploratory data analysis, based on a convenience sample (n=6290), anonymized of patients between 30 and 74 years old and with at least one appointment in 2018 at a USF.*

Estimated overall risk of TOD was based on a composite of coronary heart disease (CHD), cerebrovascular disease (stroke, TIA), peripheral arterial disease (PAD) and heart failure (HF) according to the Framingham Heart Study criteria developed by Ralph B. D'Agostino et al in 2007. The RL model describes the association of TOD with major predictors of cardiovascular risk (i.e. age, sex, hypertension, smoking, dyslipidemia, DM2, obesity). Model calibration X^2 was assessed by applying the statistic test Hosmer-Lemeshow goodness of fit (GOF) 8 df. To calculate the estimated CV risk, patients diagnosed with TOD were excluded, obtaining a sample with n=4360 cases.

Results- *From a total of 6290 patients between 30 and 74 years old, the median age is 52 years old. Approximately 32.4% are hypertensive, 20.7% are active smokers and 6.7% have diagnosed TOD. Applying to the LR model, the GOF test, no statistically significant difference was found between the observed and predicted distribution of the model: X^2=10.517, df=8, p-value=0.2306.*

A one-year increase in age is associated with an 8% increase in the chance of having TOD. Being hypertensive more than doubles (OR=2.1) the chance of TOD and smoking status almost doubles the chance of TOD (OR=1.8). There was a difference between the mean age of smokers and non-smokers with TOD (Mann-Whitney U test, w=7899.5, p<0.00001), respectively 57.8 years and 64.4 years.

Conclusions-*Applying the FRS to 10-year individual TOD risk estimation (i.e. CHD, stroke, PAD, and HF) by combining multiple CVRF's will allow an individualized and more cost-effective therapeutic approach. The difference between the average age of smokers and non-smokers with TOD, respectively 57.8 years old and 64.4 years old, highlights the impact of smoking status on the onset of TOD especially in younger people. Thus, smoking cessation is a crucial measure in preventing/delaying TOD.*

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, representando 31% de todas as causas, na União Europeia (UE) correspondem a 37% de todas as causas (1). Portugal segue a França entre os países com a menor mortalidade por enfarte do miocárdio, respetivamente 6.5% e 6% na UE (2). No entanto, na mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), Portugal está acima da média europeia (2). Apesar do AVC e da doença cardíaca isquémica evidenciarem tendência decrescente constituem ainda, a principal causa de morte em Portugal (3).

Está amplamente estabelecido na literatura que, a idade e o sexo, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia e diabetes mellitus são os principais fatores de risco para a doença cardiovascular (DCV) (4-6). É também consensual que, os fatores de risco cardiovascular (RCV) coexistem e interagem multiplicando o RCV (6).

Este conhecimento conduziu ao desenvolvimento de algoritmos de predição de RCV multivariados, incorporando estes fatores, que podem ser usados na prática clínica para avaliar o risco de um indivíduo desenvolver Lesão de Órgão Alvo (LOA) a 10 anos (6,7).

O SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) é uma ferramenta de cálculo de evento fatal a 10 anos validada para a população europeia que entra em linha de conta com idade, sexo, colesterol total e HDL, pressão arterial sistólica e consumo de tabaco. No entanto, exclui doentes com evidência de LOA ou níveis elevados de um fator de risco isolado e diabéticos. Para além disso, o risco aproximado de ocorrência de LOA não fatal é 3 vezes superior ao risco de um evento fatal no homem e 4 vezes na mulher (8,9).

O score de risco de Framingham (FRS) desenvolvido por D' Agostino et col. é uma ferramenta clínica simples e frequentemente usada para estratificar o nível de risco de doença cardiovascular, bem como, identificar os indivíduos que são candidatos a estratégias de modificação de fatores de risco. O FRS considera fatores de risco CV modificáveis e não modificáveis, incluindo idade, sexo, hipertensão arterial em tratamento, pressão arterial sistólica, diabetes, consumo de tabaco, valores do colesterol total e do HDL e é apenas aplicável a doentes com idade entre 30 e 74 anos, sem evidencia de LOA (5,6).

Assim, o FRS é o método com melhor aplicabilidade

na previsão da chance de um indivíduo desenvolver LOA a longo prazo. A aplicação deste score a uma população permite determinar os benefícios prováveis da prevenção de FRCV, podendo assim, ser utilizada eficazmente pelos médicos de cuidados primários para decidir acerca da recomendação de medidas de estilos de vida e/ou tratamento médico preventivo, bem como, para a educação do paciente, através da identificação de homens e mulheres em risco aumentado de eventos cardiovasculares futuros (6,10).

O tabagismo em Portugal tem uma prevalência na população de cerca de 20%, valor similar à média mundial estimada em 2015 de 20.2% e inferior à média europeia de 29.9%. É responsável por 50% de todas as causas de morte evitáveis em fumadores, metade destas são devidas a DCV (11). O tabagismo desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de doença coronária prematura, reduzindo a idade do seu aparecimento em cerca de uma década (4).

Existem poucos estudos na população portuguesa acerca da predictibilidade de LOA baseada no FRS como uma ferramenta de estimação de risco de DCV a 10 anos.

Clarificar a associação destes fatores de risco modificáveis no desenvolvimento de LOA - tabagismo, hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus - considerando as caraterísticas específicas de um ficheiro médico é um passo importante numa estratégia de estratificação de risco com vista à redução de complicações cardiovasculares. Os objetivos deste trabalho de investigação foram caracterizar a subpopulação de uma USF com idade compreendida entre os 30 e os 74 de idade quanto à prevalência de FRCV e LOA, relacionando a associação dos principais FRCV com LOA nesta subpopulação recorrendo a um modelo estatístico de regressão logística (RL).

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospetivo com recurso a análise exploratória de dados multivariada, partindo de uma amostra de conveniência (n=6290), anonimizada de utentes entre os 30 e os 74 anos de idade inclusive e com pelo menos uma consulta realizada no ano de 2018 numa USF do distrito de Aveiro.

A estimação do risco global de lesão de órgão alvo (LOA) foi calculada com base em um composto de doença coronária (DC), doença cerebrovascular (AVC, AIT), doença arterial periférica (DAP) e insuficiência cardíaca (IC), segundo os critérios do Framingham Heart Study, desenvolvido por Ralph B. D' Agostino et col., em 2007. A variável independente em estudo é LOA e as variáveis dependentes são idade; sexo; hipertensão arterial (HTA em tratamento e PAS sistólica); tabagismo (Tb); colesterol total e HDL; diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

O desenho do estudo foi aprovado pela unidade de Formação e Investigação (UFI) do ACES Baixo Vouga e decorreu entre Janeiro e Outubro de 2019.

A colheita de dados foi realizada no mês de Março de 2019 com recurso à base de dados MiMUF, onde foram pesquisados todos os utentes da USF entre os 30 e os 74 anos de idade inclusive, com registo no Sclinico de valor de PAS em mmHg, CT em mg/dl, HDL em mg/dl, IMC≥30 Kg/m2 e com diagnóstico de tabagismo ativo (P17), diabetes mellitus tipo 2 (T90), hipertensão arterial (K86 e K87), dislipidemia (T93) e LOA definida segundo os critérios D´Agostino 2007 codificados de acordo com o sistema de codificação para os cuidados primários, ICPC-2, no ano de 2018 (n=6290). A variável obesidade (Ob) não foi obtida por codificação, devido ao baixo número de codificações, mas sim através do registo de IMC≥30 Kg/m^2.

Para o modelo RL (A) foram excluídos os casos com registos omissos de CT (n=1518), HDL (n=1501) e obesidade (Ob) (n=2235), obtendo-se uma amostra com n=3103 casos. Com base nesta amostra criou-se um gráfico **(Figura 1)** de distribuição de frequências de associação de fatores de risco (i.e. HTA, Tb, T93, DM2, Ob) e LOA, bem como, das respetivas distribuições etárias recorrendo ao software R 3.4.2. O modelo RL criado descreve a associação de LOA aos preditores de risco cardiovascular (i.e. HTA, Tb, T93, DM2, Ob).

Foi avaliada a calibração do modelo RL para estimação do risco CV, uma medida de concordância entre o número de casos de LOA observados e previstos, aplicando a estatística de teste Hosmer-Lemeshow goodness of fit (GOF) X^2 com 8 df, sendo um resultado desejável de não significância estatística >0.05.

Para o cálculo do risco CV estimado (B) foram excluídos os utentes com diagnóstico de LOA, ou seja, foram excluídos os utentes com DC, AVC, DAP ou IC já diagnosticada, obtendo-se uma amostra com n=4360 casos.

Resultados

A amostra de conveniência inicial inclui os utentes com idades compreendidas entre os 30 e os 74 anos, inclusive, num total de 6290. A mediana de idades é de 52 anos.

A **Tabela 1** sintetiza as variáveis (vars) em estudo. A existência de casos omissos no CT, HDL e Ob deve-se à ausência de registo do valor no Sclinico. Relativamente a Tb, DM2, HTA, LOA e T93 não existem casos omissos pelo facto de se considerar a existência de registo como 1 e a sua ausência como 0. Nas vars dicotómicas como a diabetes (DM2), hipertensão (HTA), abuso do tabaco (Tb), dislipidemia (T93), obesidade (Ob) e LOA, a média traduz a prevalência do fator de risco. Assim, aproximadamente 32,4% são hipertensos, 20,7% são fumadores ativos e 6,7% apresentam LOA diagnosticada (ver **Tabela 1** e **Figura 1**).

Os coeficientes da regressão logística multivariada são apresentados na **Tabela 2**, em que $OR_{preditor}$=exp(coeficiente$_{preditor}$) associada à variável (var) preditora v, e os respetivos IC95%, bem como, z e valor de p associados. O modelo de regressão logística é fechado para as vars preditoras e por isso a interpretação do mesmo deve ser cautelosa. Aplicando ao modelo de regressão logística o teste Hosmer e Lemeshow goodness of fit (GOF), não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a distribuição observada e a prevista pelo modelo (não exclui a hipótese nula: Qi-quadrado (X^2)=10.517, df=8, p-value=0.2306). Deste modo, a utilização deste modelo é aceitável, uma vez que, a previsão do modelo não difere significativamente da observada.

Com base no modelo podemos afirmar que a idade

Vars	N	Omissos	Média	DP	Min	Q1	Mediana	Q3	Max
Idade	6290	0	52.034	12.516	30.00	42	52	62	74
PAS	6290	0	132.77	17.153	11.00	121	133	143	223
CT	4772	1518	194.88	39.206	0.97	168	192	219	396
HDL	4789	1501	53.896	14.423	4.00	44	53	62	199
Tb	6290	0	0.2065	0.4048	0.00	0	0	0	1
DM2	6290	0	0.1132	0.3169	0.00	0	0	0	1
HTA	6290	0	0.3239	0.4680	0.00	0	0	1	1
LOA	6290	0	0.0669	0.2499	0.00	0	0	0	1
T93	6290	0	0.4388	0.4963	0.00	0	0	1	1
Ob	4055	2235	0.2417	0.4282	0.00	0	0	0	1

Tabela 1: Estatísticas globais da amostra de conveniência.
Var: variável, Omissos: casos omissos, DP: desvio padrão, Min: mínimo; Max: máximo.

Vars	exp(Est.)	2.5%	97.5%	z val.	p
(Intercept)	0.00044	0.00015	0.00130	-14.12415	0.00000
Sexo Mulher	0.80600	0.60538	1.07311	-1.47679	0.13973
Idade	1.08134	1.06255	1.10045	8.74528	0.00000
Tb	1.80758	1.24858	2.61686	3.13600	0.00171
DM2	0.81756	0.59545	1.12251	-1.24543	0.21298
HTA	2.12023	1.46010	3.07880	3.94878	0.00008
T93	1.38691	1.02289	1.88049	2.10565	0.03523
Ob	1.21494	0.90407	1.63272	1.29116	0.19665

Tabela 2: Modelo de Regressão Logística que descreve a associação de LOA com os restantes fatores de risco CV.

(OR=1.081 IC95%=[1.063,1.100]), HTA (OR=2.120 IC95%=[1.460,3.079]), Tb (OR=1.808 IC95%=[1.249, 2.617]) e T93 (OR=1.387 IC95%=[1.023,1.880]) são preditores positivos associados a LOA (**Tabela 2**). Quanto às variáveis sexo, DM2 (OR=0.818 IC95%=[0.595,1.123]) e Ob (OR=1.215 IC95%=[0.904,1.633]) não se pode afirmar a existência de associação, uma vez que, o intervalo OR inclui a unidade.

Podemos ainda observar, mantendo os restantes fatores fixos, que o aumento de um ano na idade associa-se a um aumento de 8% na chance do caso ter LOA. Ser hipertenso mais que duplica (OR=2.1) a chance de LOA e fumar quase duplica a chance de LOA (OR=1.8).

A **Figura 1** mostra a distribuição da idade dos casos por associação de fatores de risco. De notar ainda, a existência de 13 casos com LOA sem FRCV *major* codificados. Salienta-se o tabaco como fator de risco isolado (n=377 casos) mais prevalente, seguido da dislipidemia (T93, n=363 casos), sendo a associação de fatores de risco mais comum, HTA e dislipidemia (n=294).

A **Figura 2** mostra a distribuição por sexo do risco estimado de LOA por associação de fatores de risco CV, HTA, Tb, T93 e DM2 em casos sem LOA, onde se pode observar o efeito do tabagismo (Tb) no aumento da probabilidade de desenvolver LOA a 10 anos em ambos os sexos comparativamente à ausência deste fator, mantendo os outros fatores de risco constantes.

Na **Figura 3** observa-se a distribuição da idade por associação de FRCV (HTA, Tb, T93 e DM2) por LOA. Da análise deste gráfico verifica-se que globalmente, a idade de aparecimento de LOA é claramente mais baixa nos casos de fumadores.

A **Figura 4 A** e **B** evidenciam que a idade de aparecimento de LOA é mais baixa quando está presente o fator de risco tabagismo (Tb) relativamente à presença de HTA, ou seja, revela o impacto o impacto do Tb na precocidade do aparecimento de LOA. Aplicando o teste Mann-Whitney U, w=7899.5, p<0.00001, ou seja, a média de idade dos fumadores com LOA é 57.8 anos, enquanto que a dos não fumadores é 64.4 anos.

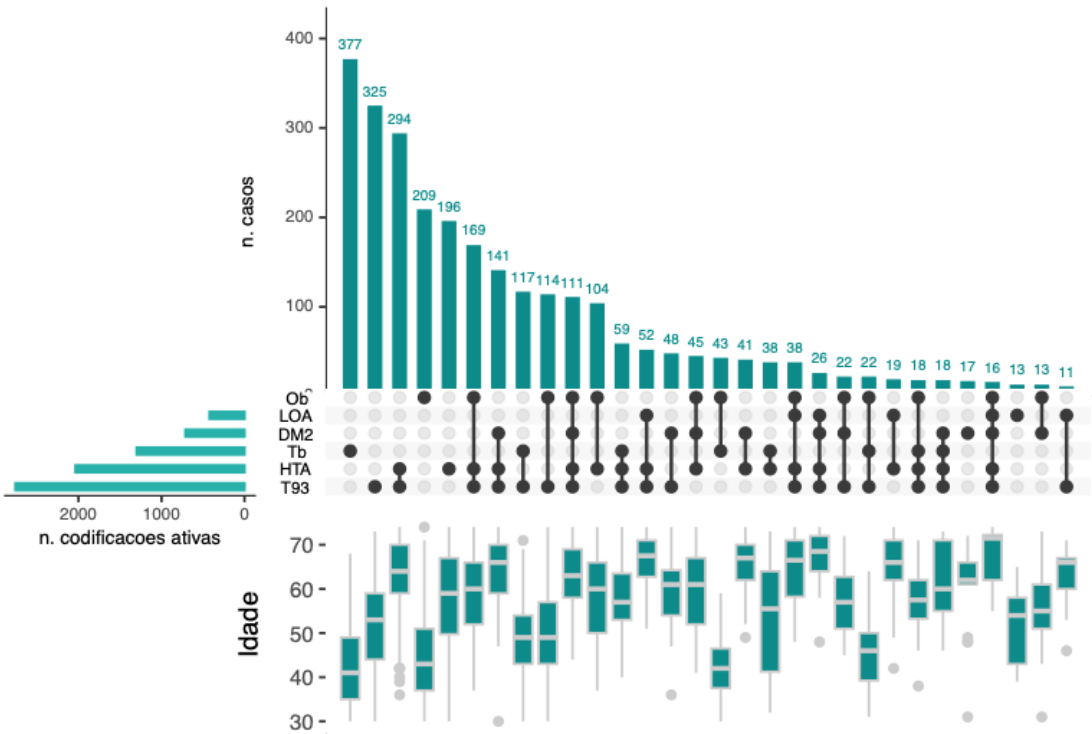


Figura 1: Distribuição da idade e cardinalidade por combinação de FRCV. O gráfico mostra a frequência das 30 combinações mais frequentes na amostra. Idade em anos.

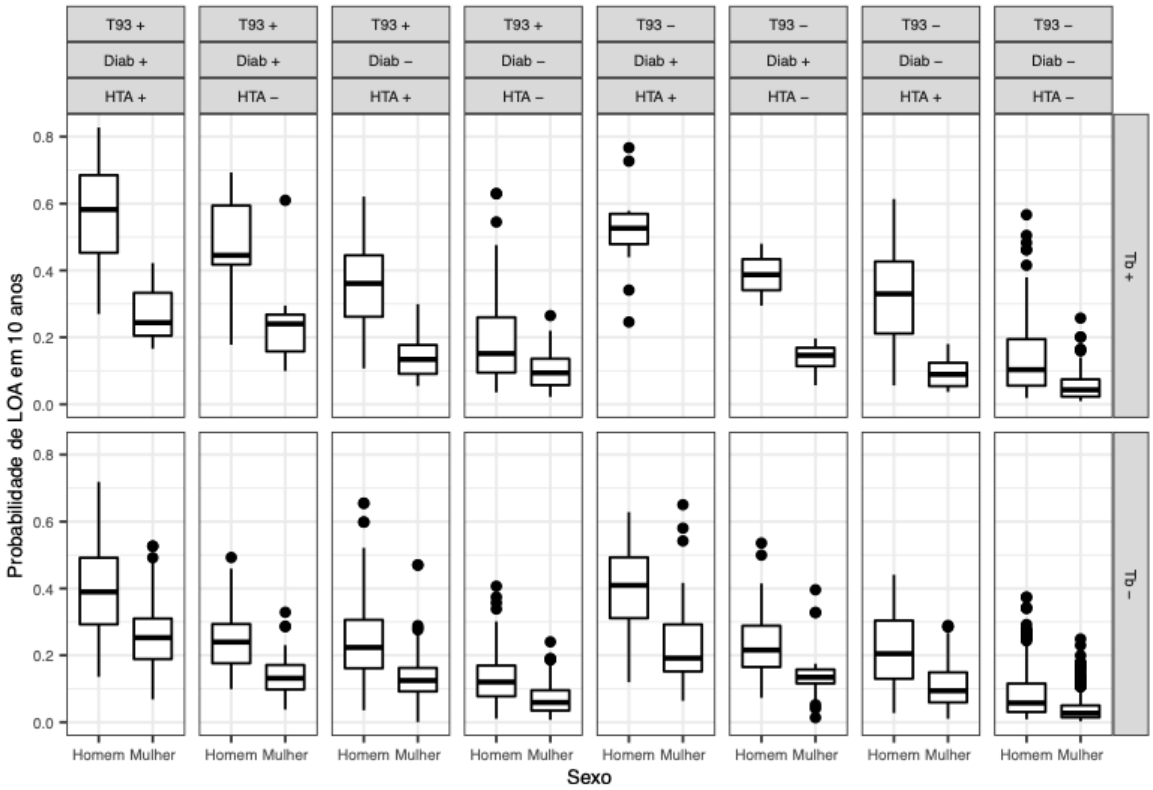


Figura 2: Distribuição do risco estimado de LOA a 10 anos pelo algoritmo de D´Agostino por associação de fatores de risco CV, HTA, Tb, T93 e DM2 em casos sem LOA. Os símbolos + e – indicam respetivamente a presença ou ausência do fator de risco.

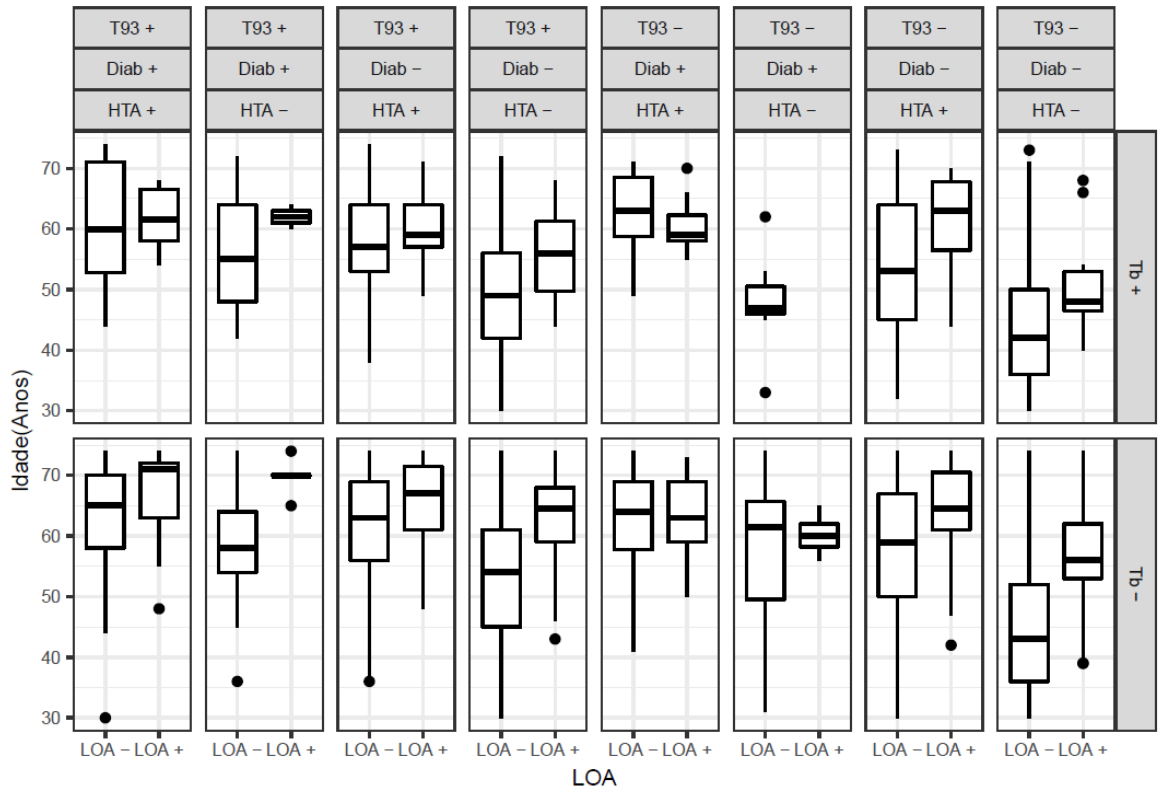


Figura 3: Distribuição da idade por associação de FRCV, HTA, Tb, T93 e DM2 por LOA. Os símbolos + e – indicam respetivamente a presença ou ausência do fator de risco.

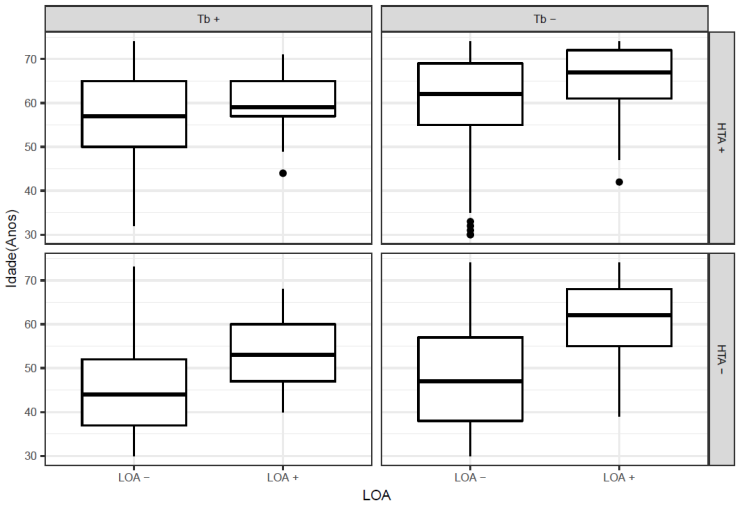


Figura 4

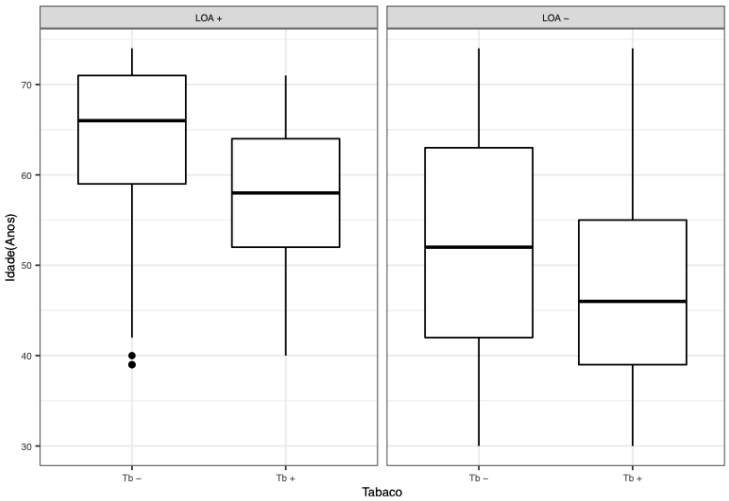


Figura 4 B

Figuras 4: A, Distribuição da idade por associação de fatores de risco CVs (HTA, Tb) e LOA. **B,** Distribuição da idade por fator de risco CV (Tb) e LOA.

Discussão

É consensual que a DCV constitui um problema *major* de saúde pública em Portugal e no mundo. O risco de desenvolver DCV ao longo da vida é substancial e esta condição é frequentemente silenciosa, sublinhando a importância da prevenção. Os investigadores identificaram desde há várias décadas, os fatores de risco CV *major* responsáveis pela maioria das DCV e sua morbilidade na população. Inúmeros estudos têm identificado a coexistência de fatores de risco e a potenciação do risco de LOA, quando estes se combinam. Assim, foram desenvolvidos por investigadores algoritmos de estimação de risco absoluto CV individual por associação de múltiplos fatores de risco CV. Neste estudo foi aplicado, o formulado por D´Agostino et al. em 2007 no Framingham Heart Study, que usa um algoritmo que tem por base um modelo de regressão de Cox multivariado, estimando o risco de LOA composto por DC, AVC, DAP e IC. Este modelo foi aplicado à população entre os 30 e os 74 anos da USF, sem LOA.

Quando um modelo de estimação de risco consegue prever de forma acurada o desenvolvimento de um evento clínico adverso; globalmente podemos concluir que a alteração de um fator de risco modificável reduz o risco desse evento. O modelo usado demonstrou boa calibração na estimação do risco de LOA, demonstrada pela aplicação do teste Hosmer e Lemeshow goodness of fit (GOF), que não encontrou diferença estatisticamente significativa entre a distribuição observada e a prevista pelo modelo (não exclui a hipótese nula: Qi-quadrado (X^2)=10.517, df=8, p-value=0.2306).

No entanto, uma limitação da aplicação destes modelos é que, apesar de existir evidência demonstrada na literatura de redução de risco com a alteração de um fator de risco, como a cessão tabágica ou a redução da pressão arterial, não existe ainda evidência robusta de estudos controlados e randomizados quanto à redução de eventos pela utilização de instrumentos de estimação de risco CV.

Os resultados obtidos são concordantes com a literatura para a população entre os 30 e os 74 anos, na medida em que mostram que o tabaco (Tb) é o segundo fator de risco com mais impacto no desenvolvimento de LOA (OR=1.8) e a HTA o primeiro (OR=2.1). A idade demonstrou ser um forte preditor de LOA, pois por cada ano de aumento da idade verifica-se um aumento de 8% na chance do caso ter LOA.

Este estudo ajudou a clarificar a importância do tabagismo na idade de aparecimento de LOA. Observou-se diferença entre a média de idade dos fumadores e não fumadores com LOA (teste Mann-Whitney U, w=

7899.5, p<0.00001), a média de idade dos fumadores com LOA é 57.8 anos e dos não fumadores é 64.4 anos. Estes resultados corroboram a evidência de estudos prévios, de que o tabagismo desempenha um papel crítico no desenvolvimento prematuro de LOA, reduzindo a idade do seu aparecimento em cerca de uma década em todos os subgrupos de fatores de risco. Apesar do tabagismo ser prejudicial em qualquer idade, o aumento do risco relativo de LOA em indivíduos jovens apresenta um maior impacto, dado o seu baixo risco CV basal. Desde modo, a cessação tabágica é uma medida crucial, na prevenção/atraso de LOA.

Uma vez que, o objetivo da prevenção primária é a evicção ou atraso no aparecimento de LOA, a avaliação do risco de DCV é a ferramenta preferível. Em alguns casos, uma abordagem terapêutica individualizada para diferentes grupos de pacientes pode ser baseada na avaliação de risco CV, tornando assim, o tratamento mais custo-efetivo. Temos como exemplo, as guidelines de abordagem e tratamento das dislipidemias, que associam a decisão de inicio de tratamento e os alvos terapêuticos ao risco global de DCV. É igualmente importante, a comunicação ao paciente de forma compreensível e motivadora, os resultados da sua avaliação de risco, que pode ser usada também, como instrumento de monitorização da eficácia terapêutica.

A inclusão de outros fatores no perfil global de risco como a obesidade abdominal, história familiar de DCV prematura, triglicerídeos e evidência de hipertrofia ventricular esquerda no eletrocardiograma têm demonstrado um efeito muito modesto na performance dos métodos de estimação de risco, embora possa ser útil na reclassificação dos indivíduos com risco CV intermédio. A extrapolação destes resultados para a toda a população deverá ser avaliada em futuros estudos.

Conclusões

O FRS é uma ferramenta simples e acurada para estimação de risco CV individual a 10 anos por associação de múltiplos FRCV.

O presente estudo clarifica a importância do tabagismo na redução da idade de aparecimento de LOA. Observou-se diferença entre a média de idade dos fumadores e não fumadores com LOA, respetivamente 57.8 anos e 64.4 anos. A cessação tabágica é uma medida preventiva que poderá atrasar o surgimento de LOA.

Uma abordagem terapêutica individualizada para diferentes grupos de pacientes poderá ser baseada nesta avaliação de risco, tornando assim, o tratamento mais custo-efetivo. A extrapolação destes resultados a toda a população necessita ser avaliada em futuros estudos.

Referências

1. Eurostat. Eurostat your Key to European statistics. European Union: Eurostat; 2016. Disponível em: ec.europa.eu/Eurostat/news/themes-in-the-spotlight/heart-diseases-2016.
2. Eurostat. Causes of death in 2013 Over a million persons died in the EU from a heart attack or a stroke. Cause of 1 in every 5 deaths in the EU. Eurostat press release. 2016 May 4;91.
3. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2019), Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.
4. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT e al. Prevalence of Conventional Risk Factors in Patients With Coronary Heart Disease. JAMA. 2013 Aug 20; 290(7):898-904.
5. Marma AK, Berry JD, Ning H et al. Distribution of 10-Year and Lifetime Predicted Risks for Cardiovascular Disease in US Adults. Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey 2003 to 2006. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010 Aug 20;3:8-14.
6. D´Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. Circulation. 2008;117:743-753.
7. Gorenoi V, Hagen A, Overwiew of Risk-estimation tools for primary prevention of cardiovascular diseases in European populations. Cent Eur J Public Health. 2015;23(2):91-99.
8. European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016 Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96.
9. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018 Aug 25; 39:3021–3104.
10. Dong C, Rundek T, Wright C et al. Ideal Cardiovascular Health Predicts Lower Risk of Myocardial Infarction, Stroke, and Vascular Death Across Whites, Blacks, and Hispanics. The Northern Manhattan Study. Circulation. 2012 Apr 12;125:2975-2984.
11. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization. 2018.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

OUTROS FATORES DE RISCO VASCULAR NUMA CONSULTA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - CASUÍSTICA EM 5 ANOS (2014 A 2018) DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

OTHER VASCULAR RISK FACTORS IN A HYPERTENSION OUTPATIENT CLINIC – 5 YEAR SERIES (2014 TO 2018) OF A HOSPITAL UNIT

André Matos Gonçalves[1], Rita Serejo Portugal[1], Marisa Roldão[2], Maria Helena F. Silva[1], Ana Rita Sanches[3], Sónia Cunha Martins[3], Margarida Sousa Carvalho[4]

[1]Interno(a) de Formação Específica de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal
[2]Interna de Formação Específica de Nefrologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal
[3]Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal
[4]Assistente Graduada de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

E-mail de correspondência do primeiro autor: andre.mgoncalves@chmt.min-saude.pt

Resumo

Introdução: *A avaliação da hipertensão arterial (HTA), de acordo com as últimas recomendações da Sociedade Europeia de Hipertensão, deixou de se basear somente nos valores de Pressão Arterial (PA), mas também na presença de outros fatores de risco vascular.*

Objetivo: *É objetivo deste trabalho avaliar a prevalência dos principais fatores de risco vascular dos doentes com HTA seguidos em consulta de Medicina Interna (Consulta de HTA) de uma Unidade Hospitalar.*

Métodos: *Estudo retrospetivo tendo por base a consulta do processo clínico dos doentes com o diagnóstico de HTA seguidos durante o intervalo de tempo decorrido entre os anos 2014-2018 numa Consulta de Medicina Interna (Consulta de HTA) de uma Unidade Hospitalar.*

Resultados: *A amostra total deste estudo foi de 318 doentes com o diagnóstico de HTA, sendo o sexo feminino (66%, n=211) o mais acometido, quando comparado com o sexo masculino (34%, n=107). A média das idades é de 65 anos (desvio padrão 16,3), sendo a faixa etária mais afetada dos 65 aos 84 anos de idade, com 42% dos doentes. Os fatores de risco vascular mais prevalentes são a obesidade e a dislipidemia, presentes em praticamente 63% (n=200) e 61% (n=195) dos doentes, respetivamente. Quanto ao peso, a maior parte dos doentes apresentam excesso de peso (29%, n=93), salientando que apenas 4% (n=13) se inserem na categoria de obesidade mórbida, com Índice de Massa Corporal > 40. No que à dislipidemia diz respeito, a maior parte dos doentes (34%, n=109) apresenta apenas hipercolesterolemia, enquanto que 22% (n=69) apresentam dislipidemia mista. Referir também, que 22% (n=70) dos doentes apresentam patologia diabética e 25% (n=79) apresentam hiperuricemia. De salientar ainda que apenas 11% (n=34) dos doentes apresentam a hipertensão arterial como único fator de risco vascular.*

Discussão/Conclusão: *Este estudo permitiu um conhecimento mais aprofundado da realidade em 5 anos de uma Consulta de HTA de uma Unidade Hospitalar, no que diz respeito à prevalência de outros fatores de risco vascular. Isto representa uma grande vantagem, pois o reconhecimento destes fatores de risco, para os quais deveremos estar cada vez mais sensibilizados, permite-nos uma maior assertividade terapêutica, insistindo na sua prevenção primária de forma eficaz.*

Palavras-chave: hipertensão, fatores de risco vascular, doença vascular.

Abstract

Introduction*: According to the latest recommendations by The European Society of Hypertension, the evaluation of Arterial Hypertension (AHT) is no longer based only on Blood Pressure (BP), but also takes into account other vascular risk factors.*

Objective*: The goal of this study is to evaluate the importance of the main vascular risk factors on patients with AHT. These patients are followed through Internal Medicine outpatient clinic (AHT outpatient clinic) of a Hospital Unit.*

Methods: *Retrospective study based on clinical process of each patient with ATH diagnose, between the years of 2014 to 2018. These patients are followed through Internal Medicine outpatient clinic (AHT outpatient clinic) of a Hospital Unit.*

Results: *The total sample of this study was 318 patientes diagnoses with hypertension, being the female gender the most affected (66%, n=211), when compared to the male sex (34%, n=107). The average age is 65 years old (sd = 16,3), with the age group most affected from 65 to 84 years old with 42% of patients. The most prevalent vascular risk factors in this group of patients are obesity and dyslipidemia, with an incidence of 63% (n=200) and 61% (n=195), respectively. In regards to obesity, most of the patients are categorised with weight-excess (29%, n=93), and only 4% (n=13) of the patients are considered morbid obese, with a Body Mass Index > 40. Around 34% (n=109) of the patients with dyslipidemia are classified with hypercholesterolemia, while 22% (n=69) of the patients have mixed dyslipidemia. Refer 22% (n=70) of patients with diabetic pathology and 25% (n=79) of patients with hyperuricemia. As an important note, only 11% (n=34) of the patients show ATH as the only vascular risk factor.*

Discussion/Conclusion: *This study allowed a deeper knowledge concerning the vascular risk factors in patients followed through Internal Medicine outpatient clinic (AHT outpatient clinic) of a Hospital Unit. This represents a great advantage, since the recognition of these risk factos, to which we should be more and more aware, allows us a greater therapeutic assertiveness, insisting on their primary prevention effectively.*

Keywords:
hypertension,
vascular risk factors,
vascular disease.

Introdução

A doença vascular (DV) continua a ser a primeira causa de morte em Portugal. De acordo com os estudos *Interheart* e *Interstroke*, a hipertensão arterial (HTA) é responsável por 37% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e por 18% dos enfartes do miocárdio (EM) no mundo[1]. Mas a HTA também é um fator de risco para o declínio cognitivo e síndromes demenciais, doença renal crónica, disfunção erétil e, possivelmente também, para a degenerescência macular relacionada com a idade.

De acordo com o *Global Burden of Disease Study*, a pressão arterial (PA) sistólica elevada é a principal responsável pelos anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade (DALY)[2], medida da carga temporal de doença que combina a saúde perdida devido à doença (YLD) com a morte prematura (YLL)[3].Os dados mais recentes, na população portuguesa, sublinham que a HTA (13%) é o segundo fator de risco, logo depois dos hábitos alimentares inadequados (16%), a concorrer para o total de anos de vida saudável perdidos[4].

A HTA, raramente isolada, está habitualmente associada a outros elementos determinantes de risco, que contribuem para um maior risco vascular global, enfatizando a abordagem combinada e complementar dos fatores de risco coexistentes e influenciando a intensidade e tipo de tratamento necessário.

No *Framingham Heart Study*, a HTA foi verificada de forma isolada em menos de 10% dos doentes e em mais de 50% ocorreu com outros fatores de risco vascular (FRV) (dislipidemia, obesidade abdominal e diabetes). Cerca de 40% dos eventos coronários nos homens e 68% nas mulheres com HTA são imputados à junção de dois ou mais FRV[5].

Objetivos

Avaliar a prevalência dos principais FRV dos doentes com HTA seguidos em consulta de Medicina Interna (Consulta de HTA) de uma Unidade Hospitalar durante o período decorrido de 2014 a 2018.

Métodos

Estudo observacional e retrospetivo tendo por base a consulta do processo clínico dos doentes com o diagnóstico de HTA seguidos durante o intervalo de tempo decorrido entre os anos 2014-2018 numa Consulta de Medicina Interna (Consulta de HTA) de uma Unidade Hospitalar.

As variáveis analisadas relativamente aos utentes com o diagnóstico de HTA foram as seguintes:

- Sexo;
- Idade;
- Tipo de HTA;
- Presença de outros fatores de risco vascular, nomeadamente:
    - Diabetes mellitus (Sim ou Não);
    - Dislipidemia (Sim ou Não e Tipo);
    - Hiperuricemia (Sim ou Não);
    - Peso (Sim ou Não e Índice de Massa Corporal - IMC);
    - Tabagismo (Sim ou Não);

- Alcoolismo (Sim ou Não).
- Número de classes de fármacos anti-hipertensores;
- Número de fármacos anti-hipertensores.

Os dados utilizados foram recolhidos a partir do processo clínico eletrónico através do programa informático SClínico®, sendo os dados registados e analisados estatisticamente numa base de dados informática criada pelos autores com recurso ao Microsoft® Excel® para Microsoft 365 2019.

Resultados

Do intervalo de tempo decorrido entre os anos 2014 a 2018 foi tida como amostra para este estudo um total de 318 doentes com o diagnóstico de HTA, seguidos em Consulta de Medicina Interna (Consulta de HTA). Dentro destes doentes hipertensos, 66,35% (n=211) são do sexo feminino e 33,65% (n=107) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 93 anos de idade, que corresponde a uma média de idades de 64,59 anos (Desvio padrão de 16,28).

A maioria dos doentes hipertensos analisados nesta amostra têm, então, mais de 64 anos, correspondendo a 52,83% (n=168).

Com base nestes dados e mediante a análise do gráfico 2, verifica-se que a faixa etária mais prevalente corresponde ao intervalo dos 65 aos 74 anos de idade, com 21,69% (n=69) dos doentes, logo seguida pelo intervalo dos 75 aos 84 anos, com 20,44% (n=65) dos doentes.

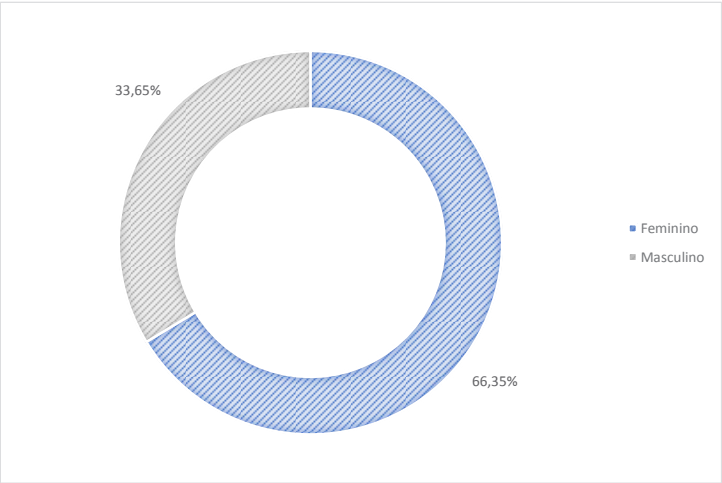


Gráfico 1. Distribuição dos doentes hipertensos por sexo.

Salientar ainda que na faixa etária inferior aos 25 anos o sexo mais prevalente é o masculino com 1,26% (n=4), comparativamente ao sexo feminino com apenas 0,31% (n=1) e, no que diz respeito à faixa etária superior aos 85 anos de idade, contrariamente à anterior (< 25 anos), o sexo mais prevalente é o feminino com 7,55% (n=24) dos doentes, correspondendo ao sexo masculino apenas 3,14% (n=10). Por sua vez, a faixa etária onde a percentagem de homens e mulheres mais se aproxima em termos de prevalência, corresponde ao intervalo de idades entre os 55 e os 64 anos de idade, correspondendo ao sexo feminino e masculino as percentagens de 11,32% (n=36) e 7,86% (n=25), respetivamente.

Relativamente ao tipo de HTA, como se pode observar no gráfico 3, verificou-se uma maior prevalência da hipertensão essencial com 88,99% (n=283), que corresponde à maioria dos doentes, comparativamente à hipertensão arterial secundária com apenas 3,14% (n=10). Referir que nesta amostra 7,86% (n =25) dos doentes encontravam-se em estudo, não sendo possível definir à data o tipo de hipertensão que apresentavam.

Dentro da hipertensão arterial secundária, que corresponde nesta amostra apenas a 10 doentes, a maioria apresentava hiperaldosteronismo (n=6), seguida da coartação da aorta (n=3) e da síndrome de apneia obstrutiva do sono (n=1).

Quanto ao tratamento, como se pode observar na tabela 1, verificamos que a maioria dos doentes se encontra medicada com mais de uma classe de fármacos anti-hipertensores, encontrando-se 15,72% dos doentes medicados apenas com uma classe de anti-hipertensor. Cerca de 32,71% (n=104) dos doentes encontravam-se medicados com duas classes de anti-hipertensor, representando o número de classes de anti-hipertensor mais prevalente. Apenas dez doentes se encontravam medicados com cinco classes e apenas um doente com seis classes.

No que diz respeito ao número de fármacos, verifica-se pela análise da tabela 2, que a maioria dos doentes se encontra medicado com dois ou mais comprimidos, no entanto, o número de comprimidos mais prevalente com os quais 40,88% (n=130) dos doentes se encontra medicado corresponde a apenas um comprimido.

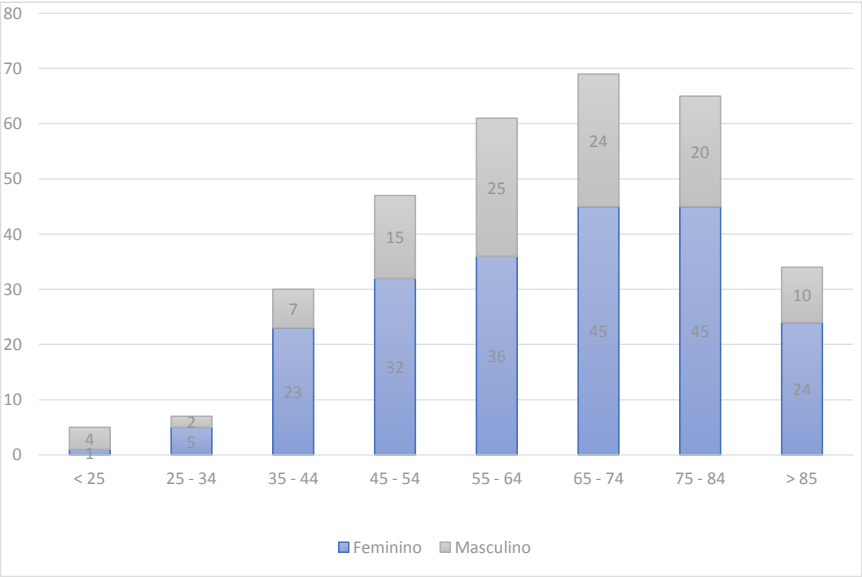


Gráfico 2. Distribuição dos doentes hipertensos por idade e sexo.

Salientar que nenhum dos 318 doentes se encontra medicado com mais de quatro comprimidos.

No que aos fatores de risco vascular concerne, por observação do gráfico 4, conclui-se que a maioria dos doentes hipertensos apresentam a dislipidémia e o excesso de peso/obesidade como fatores de risco mais prevalentes, com 61,32% (n=195) e 62,89% (n=200) dos doentes, respetivamente. Os fatores de risco menos prevalentes nos doentes hipertensos foram o tabagismo e o alcoolismo com 11,00% (n=35) e 4,72% (n=15), respetivamente.

Fazendo uma análise mais detalhada de cada fator de risco vascular em particular, verifica-se que, dos doentes hipertensos:

- 22,01% (n=70) são diabéticos, encontrando-se a maioria controlados, com avaliações periódicas da HbA1c, sendo parte destes acompanhados em Consulta de Diabetes;
- 61,32% (n=195) apresentam dislipidémia, sendo que 34,27% (n=109) apresentam hipercolesterolemia, 21,70% (n=69) dislipidemia mista e 5,35% (n=17) hipertrigliceridemia;
- 24,84% (n=79) apresentam hiperuricemia, também com avaliações periódicas dos valores

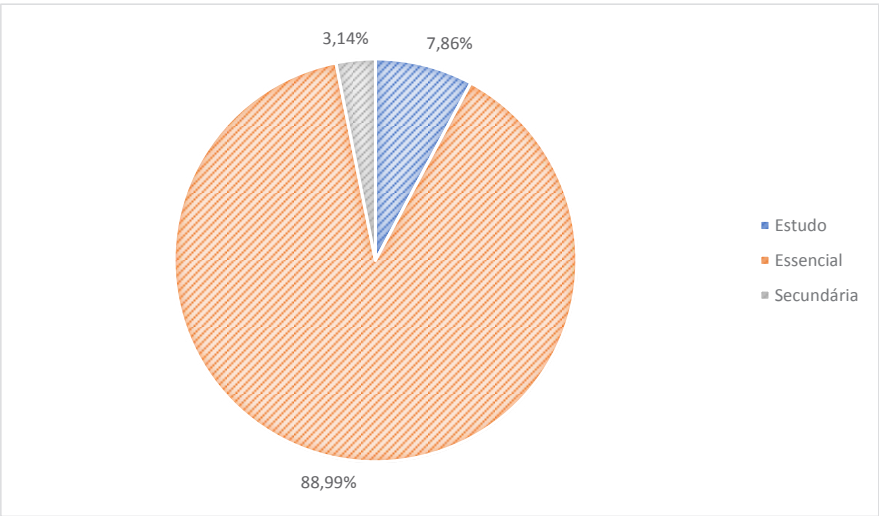


Gráfico 3. Distribuição dos doentes hipertensos por tipo de hipertensão arterial.

Tabela 1. Distribuição dos doentes hipertensos segundo o número de classes de anti-hipertensores que cumprem.

Número de classes de anti-hipertensor	Doentes	
	n	%
Sem fármaco(s)	13	4,09
1 classe	50	15,72
2 classes	104	32,71
3 classes	85	26,73
4 classes	55	17,30
5 classes	10	3,14
6 classes	1	0,31
Total	318	100,00%

Tabela 2. Distribuição dos doentes hipertensos segundo o número comprimidos anti-hipertensores que cumprem.

Número de fármacos anti-hipertensores	Doentes	
	n	%
Sem comprimido(s)	13	4,09
1 comprimido	130	40,88
2 comprimidos	113	35,53
3 comprimidos	49	15,41
4 comprimidos	13	4,09
5 comprimidos	0	0
Total	318	100,00%

de ácido úrico;

- 62,89% (n=200) correspondem a doentes com excesso de peso/obesos, com um IMC>25, sendo que a maior parte (33,64%, n=107) apresenta algum grau de obesidade, onde 4,09% (n=13) dos doentes ocupa o grau 3 de obesidade que corresponde a um IMC>40). O IMC mais prevalente com 29,25% (n=93) dos doentes é aquele situado entre 25-29,9 que corresponde ao grau de excesso de peso;
- 11,00% (n=35) são fumadores ativos;
- 4,72% (n=15) têm consumos alcoólicos.

Quanto ao número de fatores de risco vascular, verificou-se no presente estudo que apenas 10,69% (n=34) dos doentes apresentavam apenas como fator de risco vascular a hipertensão arterial, tal como se pode observar no gráfico 5.

A maioria dos doentes (89,30%; n=284) apresenta mais do que um FRV, sendo que o número de fatores de risco vascular mais prevalente nesta amostra, corresponde aos que apresentam três fatores de risco vascular (30,50%; n=97). Apenas 21 doentes apresentam 5 FRV e uma minoria de 3 apresenta apenas 6. Nenhum dos doentes desta amostra apresentava concomitantemente todos os fatores de risco vascular analisados.

Discussão/Conclusão

A hipertensão arterial constitui o fator de risco mais prevalente para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo o fator que mais contribui para uma maior morbilidade e mortalidade a nível mundial[6].

De acordo com o estudo *PHYSA* levado a cabo pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, a prevalência

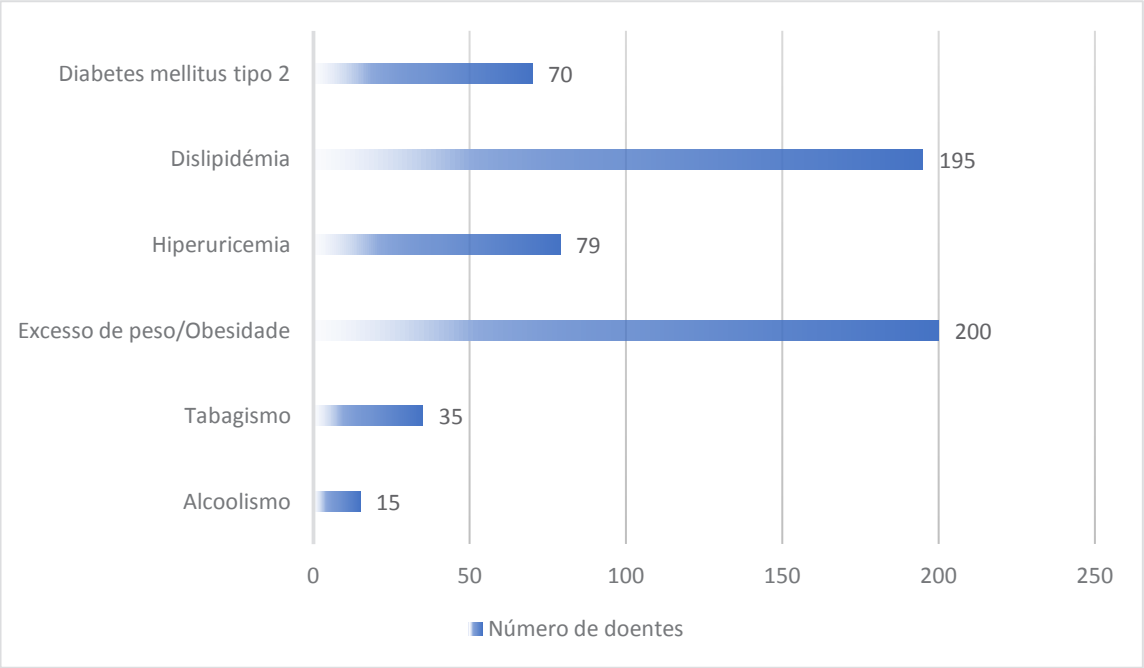


Gráfico 4. Distribuição dos doentes hipertensos que apresentam outros fatores de risco vascular.

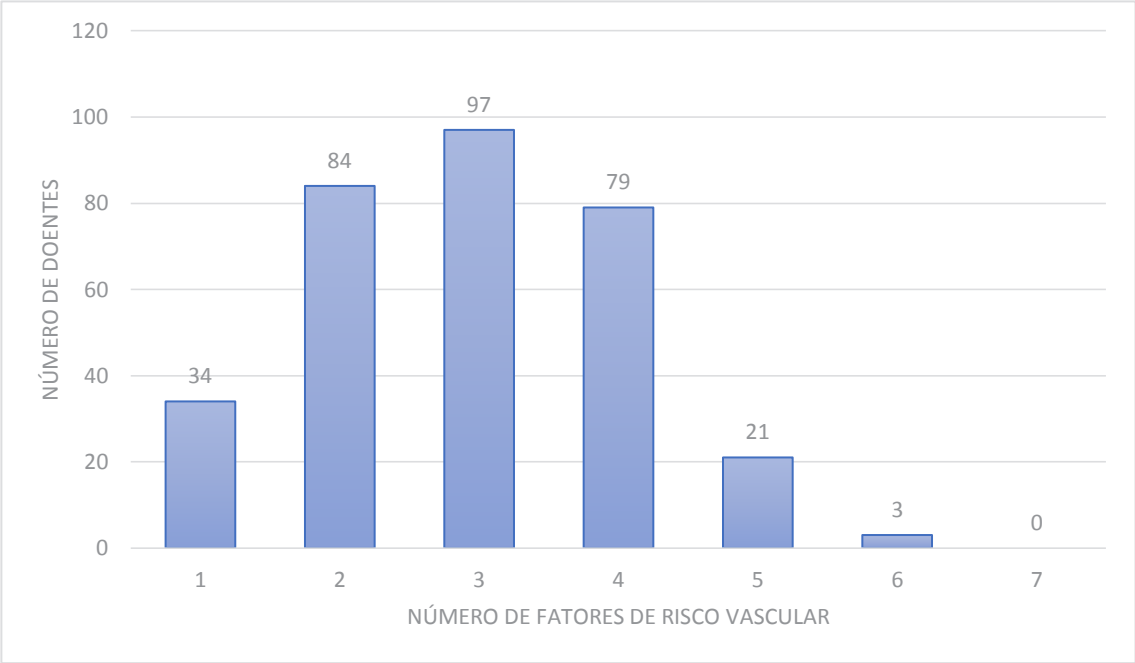


Gráfico 5. Distribuição dos doentes pela presença de um ou mais fatores de risco vascular. *(Os doentes que apenas apresentam um fator de risco vascular correspondem aos doentes apenas com hipertensão arterial).*

desta patologia na população adulta portuguesa é de 42,2%[7].

Neste sentido, e ao contrário do estudo *PHYSA*, que revela que a prevalência da hipertensão arterial na população adulta portuguesa acomete mais o sexo masculino com 44,4%, quando comparado com o sexo feminino, com 40,2%[7, 8], neste estudo obteve-se como resultado uma maior prevalência da hipertensão no sexo feminino com 66%, comparativamente aos 34% do sexo masculino. No entanto, estes dados correspondem apenas a uma pequena amostra de doentes hipertensos.

O objetivo primário deste estudo foi avaliar a prevalência de outros fatores de risco vascular em doentes hipertensos seguidos numa consulta de Medicina Interna (Consulta de HTA) de uma Unidade Hospitalar durante o período decorrido de 2014 a 2018, tentando comparar os resultados obtidos com outros estudos existentes.

De facto, este trabalho está de acordo com estudos anteriores, demonstrando a frequente associação da HTA com outros fatores de risco vascular, contribuindo para um aumento do risco cardiovascular global dos doentes, que juntamente com o envelhecimento da população e as restantes comorbilidades agravam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, o que por si só justifica a introdução de medidas preventivas o mais precocemente possível.

No que a medidas preventivas diz respeito, é importante incentivar estilos de vida saudáveis (nomeadamente prática de exercício físico, dieta pobre em sal e gorduras, reforço hídrico oral, etc.).

A idade média elevada está de acordo com o esperado para a população avaliada, uma vez que se tem assistido a um envelhecimento da mesma, consequente da diminuição da taxa de mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida.

Para além disso, a presença de outros fatores de risco vascular nos doentes hipertensos aumenta a complexidade clínica e terapêutica, nomeadamente no controlo eficaz da pressão arterial[9], pelo que tal como sublinham as recomendações europeias e internacionais, se torna imperativo e urgente o tratamento dos fatores de risco vascular associados à hipertensão[10].

Assim, a identificação e o rastreio dos fatores de risco vascular assumem elevada importância, sendo que o potencial benefício e a redução de morbilidade e mortalidade cardiovascular associada à HTA e aos fatores de risco vascular passam pela avaliação abrangente dos doentes, pela delineação individual da abordagem diagnóstica e terapêutica e monitorização contínua dos cuidados prestados e dos resultados obtidos. No que a abordagem terapêutica diz respeito, em primeiro lugar é importante incentivar medidas não farmacológicas, como adoção de estilos de vida saudáveis (prática de exercício físico, dieta pobre em sal e gorduras, reforço hídrico oral, etc.). Em segundo lugar, é necessário delinear estratégia terapêutica farmacológica dirigida a cada doente, tendo em conta a sua individualidade.

Neste trabalho, tal como objetivado no estudo *PRECISE*[11], verificou-se que 89% dos doentes incluídos tinham, pelo menos, um outro fator de risco vascular para além da HTA, e uma grande maioria (63%) apresentava três ou mais fatores influenciadores de risco vascular total. Esta conjugação de fatores de risco, que apenas raramente aparecem isolados, pode estar relacionada com o facto de um dado fator de risco concorrer para o aparecimento de outro (por exemplo sedentarismo/obesidade, obesidade/diabetes mellitus).

No estudo levado a cabo e em linha de conta ao anteriormente referido, constatou-se que apenas 11% dos doentes apresenta a hipertensão arterial como único fator de risco vascular.

Concomitantemente, um número bastante considerável dos doentes hipertensos (61%) tinha, simultaneamente, dislipidemia, o que por si só duplica o risco cardiovascular. O tratamento eficaz da dislipidémia nos doentes hipertensos possibilita a redução do risco residual da doença cardiovascular em 35-40%[11, 12].

No que aos comprimidos diz respeito, verificou-se que a maioria dos doentes (81%), encontrava-se medicada com menos de três comprimidos, sendo que, mais de metade (59%), estavam medicados com menos de quatro classes de anti-hipertensores. Isto significa que quanto menor for o número de comprimidos, independentemente do número de classes de cada um, melhor será a adesão terapêutica, nomeadamente nos doentes mais idosos, onde a polifarmácia é bastante prevalente, dado o elevado número de comorbilidades presentes nestes doentes[13].

A alta prevalência de outros fatores de risco vascular nos doentes hipertensos, muitas vezes não controlados, requer uma abordagem global *ad inicium* para uma

melhor estratificação do risco vascular. Assim, é possível definir a melhor estratégia e abordagem terapêutica para o controlo destes fatores de risco, na prevenção das complicações micro e macrovasculares.

O presente estudo contou, no entanto, com algumas limitações, nomeadamente na identificação de fatores de risco como o álcool e o tabaco, que foram apenas avaliados pela referência dos mesmos nos registos clínicos dos doentes, pelo que os dados podem estar subvalorizados. O mesmo se passou com os doentes diabéticos, tendo-se apenas avaliado, segundo os registos clínicos, a presença ou não da doença. Não foram tidos em conta outros fatores de avaliação, tais como valores de HbA1c ou de glicemia capilar. No que diz respeito à obesidade, foram tidos em conta todos os doentes com IMC>25, inclusive os que ocupam a categoria de Excesso de Peso.

Os resultados deste estudo estão de acordo com outros realizados dentro desta temática, em que se verifica que há elevado número de doentes hipertensos com outros fatores de risco vasculares associados. Tais achados reforçam a necessidade de novos estudos para melhor caracterizar esta população, de forma a aprofundar o nosso conhecimento sobre a forma mais assertiva de avaliar, diagnosticar e monitorizar estes doentes.

Bibliografia

[1] Tu JV. Reducing the global burden of stroke: INTERSTROKE. Lancet, 376 (2010), pp. 74-75

[2] GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; 388(10053): 1659-1724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.

[3] Rocha E. The global burden of disease: an information resource for policy-making and evaluation of health interventions. Rev Port Cardiol., 36 (2017), pp. 283-285

[4] Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: DGS, 2017.

[5] Kannel WB et al. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. Am J Hypertens., 13 (2000), pp. 3S-10S.

[6] Wermelt, J.A., Schunkert, H. Management der arteriellen Hypertonie. Herz 42, 515–526 (2017). https://doi.org/10.1007/s00059-017-4574-1.

[7] Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazaré J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade.The PHYSA study. J Hypertens 32:1211–1221.

[8] Gomes, A., Coelho, P., & Pereira, A. (2012). Prevalência de Hipertensão Arterial na população adulta do concelho da Covilhã. Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 32, 6-16.

[9] A. Laucevičius, E. Rinkūnienė, Z. Petrulionienė, et al. Prevalence of high-risk profile in middle-aged subjects with arterial hypertension: a nationwide survey. Blood Press., 23 (2014), pp. 281-287.

[10] G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz. et al., 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens., 31 (2013 Jul), pp. 1281-1357.

[11] Marques da Silva P, Lima M.J, Neves P, Macedo M. Prevalência de fatores de risco cardiovascular e outras comorbilidades em doentes com hipertensão arterial assistidos nos cuidados de saúde primários: estudo Precise. Rev Port Cardiol.(2019);38(6):427-437.

[12] M.F. Piepoli, A.W. Hoes, S. Agewall, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J., 37 (2016), pp. 2315-2381.

[13] D. Cooney, K. Pascuzzi. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. Clin Geriatr Med, 25 (2009), pp. 221-233.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

FENÓMENO DE NUTCRACKER NUMA MULHER HIPERTENSA

NUTCRACKER PHENOMENON IN AN HYPERTENSE WOMAN

Diana Leite Gonçalves[1], José Pedro Leite[1], João Pina Cabral[1], António Pedro Pissarra[2], Dilva Silva[3]

[1] Interno de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
[2] Interno de Radiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
[3] Assistente Hospitalar Graduado, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Autor responsável:
Diana Filipa Sampaio Leite Gonçalves
Rua Principal Lôgo de Deus, Nº 455, 3020-212 Coimbra, Portugal.
dianafslg@gmail.com

Palavras-chave:
Síndrome de Nutcracker, Fenómeno de Nutcracker, Hipertensão arterial, Veia Renal

Resumo

A Síndrome de Nutcracker resulta da compressão da veia renal esquerda no seu trajeto entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior, podendo manifestar-se com dor abdominal, sobretudo no flanco, hematúria e síndrome de congestão pélvica. A hipertensão arterial é uma manifestação clínica rara desta entidade.

Descreve-se o caso de uma mulher de 36 anos, com hipertensão arterial com 9 anos de evolução, de início na primeira gravidez, observada para estudo de causas secundárias de hipertensão. Foi identificada uma alteração na anatomia da vasculatura renal compatível com Fenómeno de Nutcracker, considerando-se a relação deste achado com a hipertensão arterial da doente, uma vez que não foram reconhecidas outras causas secundárias de hipertensão. O controlo da tensão arterial foi conseguido com ajuste da terapêutica farmacológica.

Este caso assinala a importância do diagnóstico de causas raras de hipertensão arterial, tendo em conta o impacto que tem em termos de tratamento e morbilidade.

Keywords:
Nutcracker syndrome, Nutcracker Phenomenon, Arterial hypertension, Renal Vein

Abstract

Nutcracker syndrome is a clinical entity that derives from the compression of the left renal vein between the abdominal aorta and the superior mesenteric artery, which may manifest with abdominal or flank pain, hematuria and pelvic congestion syndrome. Arterial hypertension is a rare clinical manifestation of this entity.

We describe the case of a 36-year-old woman with a history of arterial hypertension lasting 9 years, diagnosed during her first pregnancy, that was evaluated for exclusion of a secondary cause of hypertension. An alteration in renal vasculature anatomy compatible with Nutcracker phenomenon was identified, which leads us to consider the relationship between the patient's arterial hypertension and this finding, since no other secondary causes of hypertension were recognized. Blood pressure control was achieved with medication adjustment.

This case highlights the importance of diagnosing rare causes of hypertension, given its impact on treatment and morbidity.

Introdução

A Síndrome de *Nutcracker* (SNC), também conhecida como Síndrome do aprisionamento da Veia Renal Esquerda (VRE), é uma condição clínica rara que obteve a sua primeira descrição anatómica em 1937, tendo a sua designação sido homologada em 1972 por um radiologista belga[1]. Caracteriza-se pela compressão da VRE no seu trajecto entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior, que condiciona uma obstrução ao fluxo sanguíneo e consequentemente hipertensão vascular[2]. Esta alteração pode ser assintomática, correspondendo apenas a uma variante anatómica, denominando-se Fenómeno de *Nutcracker* (FNC), ou manifestar-se clinicamente na sequência da hipertensão na VRE. As manifestações

mais comuns são hematúria macroscópica, dor lombar e no flanco esquerdo e varizes periuretéricas ou gonadais. A hipertensão arterial (HTA) é uma manifestação e uma forma de apresentação rara da SNC[3,4].

A descrição do presente caso assinala a importância do diagnóstico de causas raras de HTA, tendo em conta o impacto que tem em termos de tratamento e morbilidade.

Caso Clínico

Descreve-se o caso de uma mulher de 36 anos, raça caucasóide, referenciada a consulta hospitalar para exclusão de causas secundárias de HTA. A doente tinha antecedentes pessoais de HTA, diagnosticada aos 27 anos, durante a primeira gravidez, controlada com medicação até 3 meses antes da consulta. Tinha história de pré-eclâmpsia nas 3 gravidezes aos 27, 31 e 33 anos e de Doença de Graves, diagnosticada aos 18 anos, submetida a terapêutica com iodo radioactivo. À data da consulta encontrava-se eutiroideia sob levotiroxina 100 µg id. Além de hormona tiroideia, estava medicada com nifedipina 30 mg de libertação prolongada id, bisoprolol 2,5 mg id e um contracetivo oral progestativo. Não era fumadora, negava hábitos etílicos e consumo de drogas e tinha um estilo de vida sedentário.

A doente referia cefaleias ocasionais que coincidiam com períodos de descontrolo tensional mas negava outros sintomas ou sinais, incluindo hematúria, dor lombar e sintomas de congestão pélvica. No exame objetivo realizado na primeira consulta, a sua tensão arterial (TA) era de 162/90 mmHg (HTA sistodiastólica grau II), não apresentando outras alterações. A frequência cardíaca registada era de 70 batimentos por minuto e o índice de massa corporal era de 22,4.

Na consulta foi ajustada terapêutica medicamentosa (Figura 1) e iniciou estudo complementar para exclusão de causas secundárias de HTA (Tabelas 1 e 2). No estudo imagiológico realizado identificaram-se alterações na ecografia renal com doppler, melhor esclarecidas com angioTAC renal, que revelou redução do calibre de segmento da VRE com cerca de 3mm, no trajecto entre a aorta e a mesentérica superior, condicionando compressão extrínseca pela artéria mesentérica superior, devido à diminuição do angulo aorto-mesentérico. Verificava-se dilatação da VRE proximalmente à estenose referida, com calibre máximo de 12 mm, apresentando drenagem acessória para veia com trajeto para-vertebral (Figuras 2 e

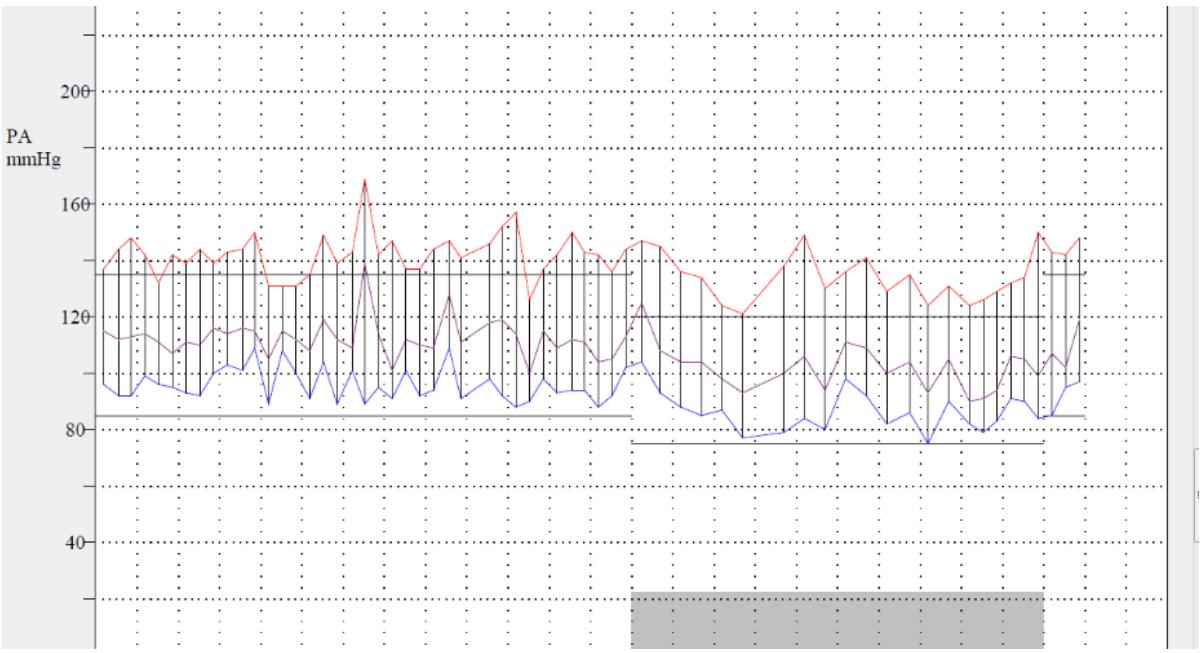


Figura 1: MAPA realizado após primeira consulta e ajuste terapêutico, sob nifedipina 60 mg libertação prolongada id e bisoprolol 2.5 mg id. Conclusões: HTA sisto-diastólica de grau II com padrão não dipper.

Tabela 1: Resultados de exames complementares laboratoriais

Exames de Laboratório	Resultado
Hemoglobina (N 12.0-16.0 g/dL)	13.7 g/dL
Ferritina (valores referência 6-320 ng/mL)	30 ng/dL
Ureia (N 15-38 mg/dL)	19 mg/dL
Creatinina (N 0.52-1.04 mg/dL)	0.81 mg/dL
Creatinafosfoquinase (N < 145 U/L)	88 U/L
Desidrogenase lática (N 125-220 U/L)	176 U/L
Sumária de urina II	Negativa para proteínas; Sedimento: 3 eritrócitos / campo
Microalbuminúria (< 30 µg/ml)	10 µg/ml
Colesterol total (N < 201 mg/dL)	197 mg/dL
Colesterol HDL (N 35-65 mg/dL)	64 mg/dL
Triglicerídeos (N < 149 mg/dL)	88 mg/L
TSH (N 0.4-4.0 uUI/ml)	1.3 uUI/mL
T4 livre (N 0.8-1.6 ng/dL)	1.2 ng/dL
Renina (N 7-76 UU/L)	27 UU/L
Aldosterona (N 40-310 pg/mL)	183 pg/mL
Índice aldosterona/Atividade de renina	8.08
Metanefrina plasmática (N < 60 pg/mL) Normetanefrina plasmática (N < 120 pg/mL)	35.9 31.2
Cortisol plasmático (N 5-25 ug/dL)	33 ug/dL
Cortisol urinário (N 10-80 ug/dL)	9.0 ug/dL

3), sendo estes achados compatíveis com FNC.

Tendo em consideração o resultado do MAPA realizado, foi proposto estudo de patologia do sono à doente, tendo esta recusado. No entanto com ajuste da terapêutica farmacológica e auxílio de cronoterapia, introduzindo-se anti-hipertensor ao jantar, conseguiu-se melhoria do padrão tensional, apresentando no momento padrão dipper em segundo mapa realizado.

Através da optimização da terapêutica farmacológica, foi atingido controlo do perfil tensional. A doente actualmente encontra-se assintomática, com perfil tensional melhorado e estabilizado (TA entre 120-130/80-85 mmHg) na monitorização ambulatorial, sob terapêutica habitual com azilsartan + clorotalidona 40 mg + 12.5 mg id de manhã, bisoprolol 5 mg id ao almoço e rilmenidina 1 mg id ao jantar.

Discussão

Apesar de o FNC e a SNC serem reconhecidos há muitos anos, a variabilidade da apresentação clínica e a ausência de critérios de diagnóstico bem definidos, tornam a prevalência exacta destas entidades desconhecida, sabendo-se, no entanto, que são mais frequentes em mulheres[5,6].

O SNC tem vindo a ser elencado no grupo de causas renovasculares de HTA[4,7], apesar desta ser uma manifestação pouco comum nesta síndrome. Do ponto de vista fisiopatológico, a obstrução venosa renal ocasiona aumento da pressão renal intersticial, levando à redução da taxa de filtração glomerular e à diminuição do fluxo sanguíneo intrarenal, com aumento da produção de renina, condicionando HTA[6,8]. No presente caso, foram

Tabela 2: Resultados de exames complementares imagiológicos

Exames de Imagem	Resultado
Ecografia renal com doppler	"Rins de normal topografia e dimensões. Contornos regulares e espessura do parênquima conservado bem como a normal diferença parenquimo-sinusal. Observa-se aumento do calibre da artéria renal esquerda comparativamente à contralateral. Individualiza-se posteriormente à vertente proximal da artéria, imagem de morfologia sacular com fluxo no interior com baixo índice de resistência e morfologia espectral do tipo *parvus tardus* (aneurisma?)"
Angio TC Renal	"Redução do calibre de segmento da veia renal esquerda com cerca de 3mm, no trajecto entre a aorta e a mesentérica superior, condicionando compressão extrínseca pela artéria mesentérica superior, devido à diminuição do angulo aorto-mesentérico. Há dilatação da veia renal esquerda proximalmente à estenose referida, com calibre maximo de 12 mm, apresentando drenagem acessória para veia com trajeto para-vertebral. Pâncreas, baço e supra renais sem alterções referenciáveis"
Ecografia cardíaca transtorácica	Exame sem alterações morfológicas ou funcionais
Holter das 24h	Ritmo de base sinusal, com morfologia normal. Sem disritmias supraventriculares e ventriculares.
TC cerebral	Sem alterações a referir

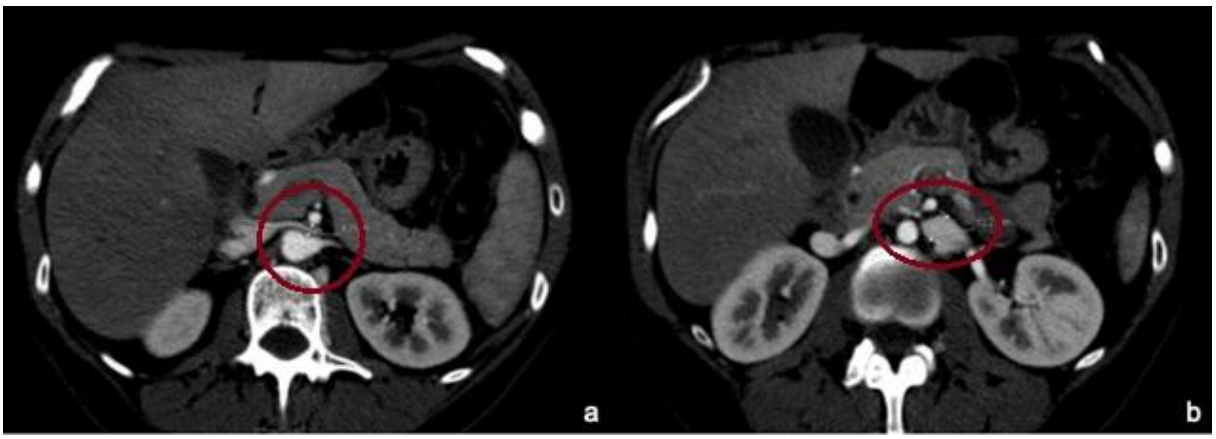


Figura 2: Imagens de TC no plano axial após administração de contraste evidenciando redução da distância aorto-mesentérica (cerca de 5 mm, sendo o normal entre 10-28 mm), condicionando afilamento da veia renal (a), ectasiada (12 mm) a montante deste ponto (b).

Figura 3: Imagem de TC no plano sagital após administração de contraste evidenciando redução do ângulo aorto-mesentérico (cerca de 25 mm, sendo o normal entre 38-65 mm), condicionando afilamento da veia renal neste ponto.

identificados valores normais no doseamento de renina e de aldosterona, não validando o diagnóstico de SNC, o que se pode dever ao facto de a compressão identificada ter uma pequena extensão (3 mm), ao contrário de outros casos descritos de HTA hiperreninémica secundária ao FNC[7,8]. Apesar disso, as alterações imagiológicas identificadas, sublinham a necessidade de vigilância clínica destes doentes.

A orientação dos doentes com diagnóstico de SNC depende da severidade dos sintomas apresentados e tem evoluido bastante ao longo das últimas 4 décadas[1,4,7,8,10]. Doentes com sintomatologia ligeira, como por exemplo hematúria discreta, deverão ser tratados de forma conservadora, com terapêutica médica. Doentes com sintomas severos, como hematúria persistente, dor incapacitante e alguns casos de hipertensão arterial deverão ser encaminhados para tratamento endovascular (colocação de stent) ou cirúrgico (nefrectomia, nefropexia, auto-transplante)[3,7,8,10]. No caso descrito, optou-se por optimização de terapêutica médica. Para o efeito, após o diagnóstico, a doente iniciou um bloqueador dos receptores da angiotensina II, tendo-se atingido o controlo do perfil tensional. Realça-se a necessidade de manter vigilância clínica regular para melhor detecção de perdas de controlo tensional e revisão de opção terapêutica se justificado.

Conclusão

Apesar de não se ter conseguido provar causalidade direta do FNC para a HTA da doente, o relato deste caso alerta para uma possível causa rara de HTA. A SNC é considerada uma condição clínica pouco comum mas seguramente subdiagnosticada. A inespecificidade e variabilidade dos sinais e sintomas característicos desta síndrome exigem suspeita clínica para que seja feito o diagnóstico.

A SNC pode ser diagnosticada por métodos acessíveis e não invasivos, factor decisivo na orientação e tratamento do doente, que tem impacto na sua morbilidade.

Referências Bibliográficas

1. Ananthan K., Onida S., Davis A. Nutcracker syndrome: an update on current diagnostic criteria and management guidelines. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2017; 53: 886-894
2. Calado R., Braz M., Lobo L., Simão C. Síndrome de Nutcraker hematúria sem diagnóstico? Acta Med Port. 2011; 24 (S3): 695-8;
3. Gokosmanoglu F., Varim C., Ergenc H., Baycelebi G., Varim P., Colak R., et al. Case presentation of a patient with left renal vein (nutcracker) syndrome. Archives of Hellenic Medicine. 2017; 34(2): 250–2;
4. Park A., Kim S., Won J., Lim H. A Case of secondary Hypertension associated with the Nutcracker Phenomenon. Korean Circ J. 2014; 44(6): 434–6;
5. Kurklinsky A., Rooke T. Nutcracker phenomenon and Nutcracker syndrome. Mayo Clin Proc. 2010; 85(6): 552-9;
6. Machado M.; Machado R., Mendes D., Almeida R. Síndrome de Nutcracker: uma patologia rara e subdiagnosticada? A nossa experiência, revisão da literatura e proposta de uma nova classificação anatómica da Síndrome de Nutcracker. Angiologia e Cirurgia Vascular. 2018; 14(2): 26 – 35;
7. Mazarakis A., Almpanis G., Tragotsalou N., Karnabatidis D. Fourtounas C. Is hypertension a manifestation of the nutcracker phenomenom/syndrome? Case report and brief review of the literature. Hippokratia. 2012; 16(2): 187–9.
8. Hosotani Y., Kiyomoto H., Fujoka H., Takahashi N., Kohno M. The nutcracker phenomenon accompanied by renin-dependent hypertension. Am J Med. 2003; 114(7):617-8;
9. Radisc M., Feldman D., Diaz C., Froment R. Unexplained hematuria during pregnancy: right-sided nutcracker phenomenon. Int Urol Nephrol. 2007;39(3):709-11;
10. Narkhede NA, Deokar AB, Mehta KP, Kamat NN. Nutcracker syndrome with hypertension as an unusual initial presentation. Indian J Nephrol 2017; 27:472-4.

Mensagem do Presidente do Congresso

Caros congressistas,

O Congresso Português de HTA e Risco cardiovascular global entra na adolescência, preparando-se para a sua 15ª edição. E esta é uma idade de desafios, mudanças, crescimento, irreverência. E este congresso é tudo isso, nestes tempos conturbados em que algo invisível, mas tão avassaladoramente palpável, virou do avesso as nossas vidas.

Dizemos presente e respondemos ao desafio de colocar de pé um evento, virtual e que se pretende virtuoso, na abordagem dos diversos aspectos que à HTA e ao Risco vascular global dizem respeito.

Claro está que um congresso é bastante mais do que a formação científica e a discussão interpares. É um momento em que revemos amigos e colegas, partilhamos ao vivo experiências, projectamos desafios futuros olhando-nos olhos nos olhos. Isso, infelizmente não vamos conseguir neste 15º Congresso. Mas estou certo, que com a participação de todos, mesmo à distância, conseguiremos manter o "calor" da discussão e da patilha de conhecimentos, que têm feito deste congresso um ponto alto da formação científica no nosso País.

A SPH cresceu, internacionalizou-se, tem vindo a estreitar laços com outras sociedades, mantendo uma aposta forte na relação privilegiada com a Medicina Geral e Familiar onde de facto está a maioria dos doentes hipertensos. Mas as complicações, as co-morbilidades, os casos difíceis de abordar e tratar, mantêm presença mesmo neste modelo de congresso online, necessariamente mais curto. E sempre sem esquecer a formação pós-graduada dirigida aos mais novos e sempre sem esquecer que, para colocar de pé um evento desta dimensão, é preciso continuar a contar com os nossos parceiros da Indústria Farmacêutica, a quem muito agradecemos também a presença.

Espero que possam disfrutar das sessões que a zelosa comissão organizadora preparou. E num ano de transição para uma nova equipa directiva da SPH, aqui fica desde já uma certeza e um voto: que a SPH vai continuar viva, que o nosso Congresso vai manter a presença assídua e a qualidade que tem tentado aprimorar ao longo destes anos, e que muitos mais anos venham, sem eventos que nos impeçam de estar mais perto!

Até já e obrigado!

Vítor Paixão Dias

Mensagem do Presidente da Comissão Organizadora

Estimados Congressistas ao 15º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular, o 14º Congresso da Sociedade Portuguesa de Hipertensão ainda decorreu dentro da "normalidade antiga", num ano que foi profundamente atípico. O tempo pandémico, que ainda vivemos, obrigou o 15º Congresso a aderir aos moldes virtuais da "nova normalidade".

Deste modo, foram forçosamente feitas adaptações, tentando, todavia, preservar a essência deste congresso. Na verdade, esta é uma reunião que tem captado o interesse de muitos médicos, e outros profissionais de saúde, de várias especialidades, que se interessam pelas várias facetas do estudo da clínica, epidemiologia e tratamento da hipertensão arterial, por sua vez intrinsecamente ligada ao risco cardiovascular.

Haverá – como sempre - um curso ligado ao manejo da hipertensão arterial em várias situações comuns na prática clínica (a cardiopatia isquémica, a fibrilhação auricular, o acidente cardiovascular, valorizando-se também o risco cardiovascular global da doença hipertensiva).

Teremos palestrantes estrangeiros e nacionais, que se debruçarão sobre temas muitos importantes, como a importância da Pandemia por SarsCOv2 na terapêutica hipertensiva, a terapêutica hipertensiva em doentes com múltiplas comorbidades e, na mesma linha, a importância dos novos agentes-anti-diabéticos na terapêutica da HTA, entre muitos outros temas interessantes.

Será, apesar das contingências, um congresso excitante, inovador e, pela primeira vez na sua história, com inscrições livres para todos. Esperamos uma adesão significativa, pelo que desde já o/a convidamos a participar, num congresso reconhecido pela excelência científica.

Luís Bronze