NEWSLETTER

Março 2022

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO

Portuguese Society of Hypertension

Editorial do Presidente

A Esperança… e o 16º Congresso…

Vivemos num tempo estranho. Muitos dirão que é um tempo sem esperança em que a humanidade passa de um tempo de grande perturbação – a pandemia – para um tempo de ainda maior perturbação – a guerra na Europa. Ao contrário, eu acredito que nunca deveremos abandonar a esperança. Especialmente no lugar em que agora me encontro, este lugar de Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

Passei por muito locais solitários, sem alma, quer na minha vida pessoal, quer na minha vida profissional. Não tenho vergonha deles, ao contrário, acredito que todos – por muitas dificuldades que trouxessem ou tragam ainda – são fundamentais para o nosso crescimento, como pessoas. Nas Organizações não é diferente. Ora, aconteceu agora o 16º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular, ao qual se dedica a presente newsletter, cuja organização exigiu precisamente muita esperança e muita vontade!

Editorial do Presidente

Para começar, o Congresso foi organizado em tempo pandémico (ainda que agora, apenas algumas semanas após o último surto, poucos já falem da pandemia). Tradicionalmente presencial e em fevereiro, foram precisas muitas decisões fraturantes, muita vontade, para o realizar em modo presencial. Foram precisos verdadeiros atos de fé, para reunir o apoio alargado da indústria, que apesar das restrições económicas, que afetam muitos, esteve presente. Foi, por tudo isto, a primeira vez que o nosso Congresso maior aconteceu em março….

Dizem que foi um sucesso! Daqui a algum tempo poucos se lembrarão das dificuldades – é assim, felizmente, com a espécie humana. Contudo, o sucesso perdurará na nossa alma. Este congresso testou, pelo menos essa verdade ficará para sempre na história, os limites da novidade. Foi, por exemplo, a primeira vez que avançamos com um programa inferior a 4 dias e, aparentemente, a ousadia compensou-nos com cerca de 400 inscritos e cerca de 70 trabalhos apresentados (um volume elevado para um congresso presencial pós-pandémico). Cada sócio, presente neste evento, avaliará do resultado da mudança….

Agradeço publicamente à Comissão Organizadora e aos Órgãos Socias, cujo apoio esteve sempre lá e, claro, sem o seu dedicado esforço, nada seria possível. Os desafios, para a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, não acabaram, nem fenecerão rapidamente nesta época de turbulência social e económica. Contudo, sabemos todos, a hipertensão continua aqui e não nos parece que vá desaparecer. A pertinência da Sociedade Portuguesa de Hipertensão mantém-se e manter-se-á. Cabe-nos, por vocação voluntária, zelar pela sua relevância… Um abraço a todos, especialmente a todos os sócios a quem não me pude despedir diretamente em Vilamoura…

Luís Bronze, Presidente da SPH

Editorial do Editor-Chefe

Esta nossa quinta newsletter da SPH é sem dúvida marcada pelo rescaldo do 16º Congresso da nossa sociedade. Podemos estar todos orgulhosos do sucesso que representou, não só por ter reunido um programa cativante e abrangente - com tópicos um pouco diferentes do habitual, procurando não só ir de encontro ao solicitado pelos sócios num questionário aplicado previamente, mas também às áreas que não podem nos dias de hoje ser descoradas na actualização de conhecimentos na HTA – mas também por ter sido o primeiro evento presencial da SPH. Foram mais de 400 participantes em sessões dinâmicas, marcadas pelo reencontro físico, pela possibilidade de voltar a discutir temas-chave na primeira pessoa, e ganhar inspiração para mais e melhores práticas.

Foi mais um ponto alto da SPH, que mostrou que continua viva, dinâmica, com muitas cartas para dar, e ganhou novo alento para continuar o trabalho em mais um ano de actividades programadas.

Contamos com todos os sócios para continuar a marcar o passo naquilo que somos e podemos fazer nesta comunidade.

Vitória Cunha

Secretária Geral da SPH

Poucos conhecem o sabor amargo da guerra ou a totalidade das suas consequências. Quem já partilhou aquele caminho pedregoso, sabe que primeiro morre o silêncio no tumulto dos petardos. Depois não se dorme. Finalmente, não se come, pois à nossa volta todos têm fome…

Passado algum tempo, e na mesma medida em que o sofrimento à nossa volta abunda, verificamos que na nossa alma cresce, sem darmos conta, uma ferida que nunca vai sarar completamente. Cresce a constatação de que alguns homens são maus e capazes de infligir – impunemente – sofrimento a outros, sem aparente remorso ou contenção. É um vazio profundo, de onde nasce o verdadeiro medo…o medo, que guardamos no mais profundo do ser e não confessamos uns aos outros. É o medo da guerra…

Resta-nos para sempre, dessas memórias dolorosas, o sorriso aquele homem a quem tratámos ao melhor do nosso saber. Ou a mão estendida da criança, esfaimada, a quem entregámos a bolacha que tínhamos no bolso. Culpamo-nos por não poder fazer melhor, por não poder salvar todos…. Sofremos! Não há justificação para fazer a guerra! Nunca haverá…

Por tudo isto, não podia a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, instituição apolítica, dedicada ao serviço público, composta por profissionais de saúde cuja missão e vocação é ajudar os outros no sofrimento, deixar de lamentar o martírio a que está sujeita a Ucrânia. Estamos convosco!

Luís Bronze (mensagem publicada previamente aos sócios)

O 16º Congresso de HTA e Risco Cardiovascular Global

"O Congresso da SPH está vivo e foi uma vitória a todos os níveis", o olhar de desenlace do Prof. Doutor Luís Bronze

"Conseguimos. Estamos satisfeitos. Os nossos objetivos foram atingidos"

Instantes

Aceda às notícias do congresso e instantes fotográficos aqui

Trabalhos Premiados no 16º Congresso de HTA e RCVG

1º prémio: "Relação entre o padrão reverse-dipper da pressão arterial e a Diabetes tipo 2: estudo transversal em pessoas com HTA essencial. Autores: Diogo Ramalho, Ana Lídia Rouxinol-Dias, Marta Lisandra Gonçalves, José Silva, loide Barbosa, Gustavo Melo Rocha, Maria João Oliveira, Jorge polónia. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

2º prémio: "Controle da HTA e seus determinantes do nível dos Cuidados de saúde primários na Cidade de Maputo. Autores: Sheila Tualufo, Esselina Tembe, Albertino Damasceno. Hospital Geral da cidade de Maputo, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane. Moçambique.

3º prémio: "Transportador da Dopamina e a sua influência da alteração da pressão arterial e susceptibilidade para angiopatia na Diabetes mellitus tipo 2". Autores: Ana Carolina Santos, Lúcia Gomes, Andreea Rechitean, Ângela Gil, Joana Ferreira, Paulo Filipe, Manuel Bicho. Laboratório de Genética, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Instituto de I.C. Bento da Rocha Cabral.

Menções honrosas:

"Importância de elaboração e implementação de um protocolo de atuação nas emergências e urgências hipertensivas no serviço de urgência. Autora: Paula Felgueiras. Unidade Local de Saude do Alto Minho

"Vasculite e hipertensão renovascular – a propósito de um caso clinico". Autores: Diana Ferrão, Luis Nogueira Silva, Clara Silva, Maria João Lima, Jorge Almeida. Centro Hospitalar e Universitário de São João

"Aplicação da auto medição da pressão arterial em ambulatório (AMPA) na gestão da HTA em tempos de pandemia. Autores: Cláudia Vieira, Daniela Morais, Diogo Ivan Rodrigues, Catarina Cascais, Eduardo Martins, Bruno Crca, Jaime Ribeiro, Tiago Mendes. USF Corgo

NOTÍCIAS: SPH MAIS PRÓXIMA DA COMUNIDADE

(clique na imagem para aceder às notícias completas)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

A organização do 16.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

Luís Bronze

Cardiologista. Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH)

Organizar um Congresso, sabemos todos, é sempre difícil. Este desiderato é especialmente complexo na área cardiovascular, uma área multifacetada, em constante evolução – já que mortalidade cardiovascular é superior a qualquer outra entidade entre nós (...e o mesmo se passa no mundo dito desenvolvido).

Ora, naquele contexto, a prevenção cardiovascular é cada vez mais importante e exigirá um esforço contínuo, com uma visão nova, de largo espetro, que queremos partilhar. Assim, faz todo o sentido, como procurámos fazer no 16.º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global – a realizar-se entre 4 a 6 de março –, abordar temas "irmãos" da hipertensão arterial e cujo conhecimento está em forte expansão, como é o caso da *diabetes mellitus*.

Estes fatores, interligados por potenciadores comuns, como a obesidade, são especialmente importantes para quem se interessa pela hipertensão. Deste modo, o programa do 16.º Congresso é especialmente abrangente, ao que ao risco cardiovascular diz respeito, incluindo, em conformidade, no seu programa, temas como a anticoagulação relacionada com a fibrilhação auricular – entidade muito comum em associação com a doença hipertensiva.

O manejo clínico dos doentes hipertensos também sofreu forte evolução. Esta nova visão implica uma abordagem holística, mais focada no doente do que na doença, e tem aspetos que merecem reflexão, como os hipertensos não controlados que recorrem à urgência hospitalar ou a consultas abertas, quer em cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar, experiências que, acreditamos, merecem ser partilhadas.

> A prevenção cardiovascular é cada vez mais importante e exigirá um esforço contínuo, com uma visão nova, de largo espetro, que queremos partilhar.

Em relação à adesão terapêutica e ao doente hipertenso complexo, supõe-se, ainda, uma melhor abordagem de índole prática, aspetos que serão focados, pois, também são importantes.

O futuro passará, certamente, pelo uso de novas tecnologias no controlo e seguimento da hipertensão. Aguardemos o futuro, já no evento que se adivinha, onde contaremos ainda com o conhecimento da Saúde Pública, na doença cardiovascular em Portugal.

Os novos fatores de risco

Para além dos fatores de risco clássicos, sabemos hoje que existem outros, globalmente reconhecidos como "novos" fatores de risco, de extrema importância, também eles, no agravamento da doença cardiovascular, entre os quais se encontram os de natureza social, tais como a depressão, a limitação de sono ou o stress laboral.

Estes fatores estão em linha com o desenvolvimento das sociedades humanas que, reconhecidamente, evoluíram de sociedades primárias, ligadas à agricultura, como era o caso no nosso país ainda não há muito tempo, para sociedades de serviços, eminentemente urbanas, plenas de fatores desagregadores e socialmente stressantes.

Outro grande grupo de fatores de risco está relacionado com a poluição sob várias formas. Trata-se da poluição da atmosfera com o número de partículas poluentes em crescente evolução, e não só nos países ditos desenvolvidos, também nos países em desenvolvimento. Do mesmo modo, sabemos hoje que a poluição sonora está em direta relação com o risco cardiovascular, agravando a potencialidade para a hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular. A literatura internacional tem, legitimamente, focado estes aspetos, que serão abordados em detalhe.

Como fazer o diagnóstico de HTA?

Rosa de Pinho

Especialista de MGF. Presidente eleita da SPH

Os valores de referência para o diagnóstico de HTA dependem do local da medição, sendo que todo o valor ≥ 140/90 mmHg confirma HTA. A base do diagnóstico é a medição da pressão arterial (PA), sendo que a medição inadequada ou incorreta da PA e o uso de aparelhos de medição não apropriados podem conduzir a diagnósticos incorretos, quer levando ao sobrediagnóstico com tratamentos inadequados, quer ao subdiagnóstico, com consequente não tratamento de doença cerebrovascular.

O diagnóstico de HTA não deve ser apenas baseado numa única série de leituras da PA numa única visita de consultório, a não ser que a PA esteja substancialmente elevada (e.g. HTA grau 3) e haja evidência clara de lesões de órgão alvo. Para todos os outros casos, as medições de PA repetidas, em consultas repetidas, têm sido uma estratégia de longo prazo para confirmar um diagnóstico de HTA.

A medição da PA pode ser influenciada por uma série de fatores, nomeadamente, consumos prévios pelo paciente, a sua posição e ainda as condições da sala. A PA pode ser avaliada dentro ou fora do consultório. Aqui temos métodos como auscultatório, automático ou não acompanhado, enquanto fora do consultório temos AMPA - automedição da pressão arterial em ambulatório, pelo próprio doente, ou por MAPA - medição em ambulatório da pressão arterial.

Fora do consultório, ainda pode ser avaliado, por exemplo, em farmácias ou locais públicos. A AMPA é a média das leituras de PA obtidas durante pelo menos 5 dias e de preferência durante 7 dias consecutivos, com leituras de manhã e ao final do dia, realizadas num local calmo, após 5 minutos de repouso, com o indivíduo sentado, com as costas e o braço apoiados. São utilizadas pelo menos 2 medições em cada sessão, com 1-2 minutos de intervalo.

> A medição da PA pode ser influenciada por uma série de fatores, nomeadamente, consumos prévios pelo paciente, a sua posição e ainda as condições da sala.

O limiar para diagnóstico de HTA de AMPA é ≥ 135/85 mmHg. A MAPA fornece uma média das leituras de PA ao longo de um período definido, geralmente 24h. O aparelho está tipicamente programado para registar a PA a cada 15-30 minutos e os valores médios da PA são geralmente fornecidos para o dia, a noite e as 24h. É necessário, no mínimo, 70% de medições adequadas para uma sessão de MAPA válida. O limiar diagnóstico para HTA na MAPA é PA ≥ 130/80 mmHg ao longo de 24h, ≥ 135/85 mmHg para a média do dia e ≥ 120/70 mmHg para a média da noite (todos equivalentes a PA de consultório ≥ 140/90 mmHg).

HTA de bata branca refere-se à condição na qual a PA é elevada em consultório, mas normal quando avaliada em ambulatório, quer por AMPA, quer por MAPA, ou ambas. A hipertensão mascarada refere-se a pacientes nos quais a PA está normal em consultório, mas elevada quando avaliada em ambulatório por AMPA ou MAPA.

A metodologia mais adequada para confirmar o diagnóstico de HTA será com a confirmação de, pelo menos, dois métodos de medição. A avaliação de PA em consultório com confirmação por AMPA será uma metodologia adequada, pela fácil acessibilidade, com custo baixo.

The hypertension team

Agostinho Monteiro

Internista com competência em Geriatria

A hipertensão arterial (HTA) não é só um importante factor de risco cardiovascular. É, habitualmente, uma situação clínica complexa, na qual a elevação dos valores tensionais é apenas a ponta visível do iceberg.

O controlo da HTA está demasiado longe de ser óptimo na maioria das sociedades, mesmo naquelas mais ricas e evoluídas, apesar de ter sido uma das situações clínicas mais exaustivamente investigadas, de haver fármacos eficazes e bem tolerados e de haver várias, talvez demasiadas, *guidelines*, nem sempre concordantes.

De facto, a HTA coabita habitualmente com outras doenças e tudo isto resulta numa gestão complexa e difícil, consumidora de tempo e, na prática, impossível de levar a bom termo, se for feita apenas pelo médico a trabalhar isolado.

Há várias tarefas, que vão da motivação à literacia para a saúde, da adesão à terapêutica à implementação individualizada de medidas adequadas de estilo de vida, do envolvimento do paciente na gestão da sua própria doença à sua responsabilização, da identificação das barreiras ao controlo da HTA à identificação de outras barreiras muitas vezes negligenciadas, como a depressão, o isolamento, a deterioração cognitiva, os problemas socioeconómicos, a dificuldade de aceder às novas tecnologias.

E todos nós sabemos isto. O facto da HTA estar mal controlada, na maioria das sociedades, faz supor que existe, de facto, uma lacuna entre aquilo que sabemos e aquilo que fazemos na prática clínica.

Há hoje evidência de que uma equipa multidisciplinar, envolvendo, além do médico, a enfermeira, a nutricionista, a psicóloga, o farmacêutico, a assistente social, o especialista em exercício físico, é mais eficaz no controlo da HTA do que a abordagem tradicional. Se queremos abordar o problema, há que mudar o paradigma tradicional.

Nota: o autor escreve de acordo com a antiga ortografia.

Publicações justNews
www.justnews.pt

Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Publicação Periódica Híbrida

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Janeiro 2022
Ano IX • Número 98 • 3 euros

Nesta edição

Especial **Hipertensão**
Especial **XXXIII Fórum Dermatologia**

A adesão à terapêutica

Vitória Cunha

Internista. Coordenadora da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta. Secretária da Direção da SPH

A hipertensão arterial (HTA) continua a ser o principal fator para a mortalidade em todo o mundo – a doença cardiovascular. Assim sendo, é pertinente que o seu controlo previne de forma significativa e, acima de tudo, eficaz, a lesão de órgão e reduz a morbilidade e a mortalidade cardiovasculares.

Continuamos a assistir, no entanto, a um grande "fosso" entre o que é ter este conhecimento mais do que comprovado e, de facto, atuar sobre ele. Apesar dos esforços dirigidos ao controlo da HTA nos últimos anos, o controlo está francamente longe do ideal e em vários países ultrapassa os 50-60%.

As armas terapêuticas são mais que muitas, e comprovadamente eficazes, o conhecimento tem aumentado e o diagnóstico é simples. No entanto, as barreiras básicas continuam a ser preponderantes e a condicionar o melhor controlo da HTA: a literacia em saúde, a adesão terapêutica e a inércia médica.

Mais de um terço dos doentes a quem é prescrita terapêutica anti-hipertensora suspende total ou parcialmente a mesma após 6 meses e menos de metade é capaz de manter após um ano. Como tal, melhorar a adesão é, sem sombra de dúvida, uma das medidas mais importantes no combate a esta pandemia. A fraca adesão tem por base motivos relacionados com o doente, com o médico, com o sistema de saúde, com o contexto socioeconómico e com a própria medicação.

> Mais de um terço dos doentes a quem é prescrita terapêutica anti-hipertensora suspende total ou parcialmente a mesma após 6 meses.

É da responsabilidade do médico educar o doente no que respeita ao que é a HTA e quais as consequências do seu mau controlo, focando-se na importância da adesão terapêutica, numa estratégia de comunicação adequada ao doente, focada na empatia e nas questões abertas, para que se entendam as principais razões para o não cumprimento da medicação e apresentando algumas soluções para ultrapassar a questão.

A informação suportada em papel, para que possa ser consultada *a posteriori* pelo doente e acompanhantes, é um bom complemento a esta literacia que se pretende reforçar. A simplificação terapêutica é outra das estratégias, visto que o reforço a associações fixas com fármacos de longa duração de ação com toma única diária reduzem francamente os esquecimentos e aumentam a eficácia das moléculas (comparando com a administração em separado), e hoje em dia há várias opções no que respeita às associações e às dosagens com preços muito acessíveis, de duas e três moléculas eficazes. O empoderamento do doente, não só com a educação mas também com o reforço positivo, é outra das estratégias.

A automedição da pressão arterial (AMPA) é uma forma de monitorização da HTA em casa e o ensino da técnica adequada, com estratégias motivacionais, promove não só o envolvimento do doente, mas também da família (quando necessário). Pode ser também sugerido ao doente o recurso a lembretes para a toma da medicação, o suporte dos acompanhantes ou, eventualmente, das farmácias, para a preparação da mesma (quando o doente não é capaz, seja física, seja cognitivamente).

No que respeita às estratégias que envolvem os sistemas de saúde, falamos essencialmente de melhoria do acesso às consultas médicas, bem como o tempo e condições para a realização das mesmas; a maior acessibilidade dos fármacos e de sistemas de monitorização (ainda longe do ideal); o suporte financeiro das estruturas necessárias para a melhoria da multidisciplinaridade da abordagem destes doentes, quer a nível hospitalar, quer a nível de cuidados de saúde primários, e a formação dos profissionais de saúde localmente e com programas nacionais de treino e reconhecimento. A digitalização da saúde é outro dos caminhos que é necessário começar a tomar de forma mais concreta.

Seja como for, já dizia Everett Koop, em 1989, que os fármacos não funcionam em quem não os toma. É tempo de atuar.

Diabetes e HTA

Heloísa Ribeiro

Internista do CH de Entre o Douro e Vouga. Secretária-adjunta do Norte da SPH

Em Portugal, a prevalência de diabetes *mellitus* (DM) continua a ser uma das mais elevadas da Europa, com cerca de 10-15% da população com 20-79 anos afetada, dados do relatório do Programa Nacional de Diabetes de 2019, aguardando-se publicação mais recente.

Por seu lado, a hipertensão arterial (HTA), cuja prevalência estimada rondará os 42% (segundo o estudo PHYSA), é particularmente frequente no doente diabético, onde apresenta características específicas (como maior prevalência de hipertensão noturna), potenciando o aparecimento e agravamento das lesões micro e macrovasculares.

Não só o doente diabético tem um maior risco de desenvolver HTA como o doente hipertenso apresenta maior risco de se tornar diabético. A evidência atual realça os benefícios da redução da pressão arterial (PA) na DM como forma de prevenir complicações (nomeadamente, doença renal e retinopatia) e mortalidade. Portanto, deve ser avaliada de forma rotineira a PA no doente diabético, procedendo-se à confirmação do diagnóstico de acordo com as *guidelines* em vigor e tendo o cuidado de avaliar a pressão também em ortostatismo, atendendo à prevalência de disautonomia.

> Não só o doente diabético tem um maior risco de desenvolver HTA como o doente hipertenso apresenta maior risco de se tornar diabético.

Sobre o pilar fundamental que são as intervenções no estilo de vida, o tratamento farmacológico da HTA deve privilegiar o início de terapêutica dupla (atendendo à estratificação de risco cardiovascular global como, pelo menos, de alto risco do doente diabético), contemplando um IECA/ARA + aCC ou diurético tiazídico *like/type* e seguindo o algoritmo de tratamento preconizado nas recomendações.

Apesar da possibilidade de agravamento do perfil glicémico associada a diuréticos tiazídicos e tiazídicos *like* e betabloqueantes, salienta-se o efeito neutro de outros fármacos, ou mesmo favorável, no perfil glicémico e metabólico no caso da metformina, útil em doentes com PA de difícil controlo com necessidade de vários fármacos.

Estudos recentes têm mostrado o efeito anti-hipertensor de fármacos anti-diabéticos, que têm ganho destaque na abordagem da DM, de onde se salientam os inibidores SGLT 2 e os agonistas do GLP1, com descrição de redução da pressão arterial sistólica entre 1,84 e 2,65 mmHg, demonstrando, inclusive, outros efeitos benéficos, como a redução do peso corporal e das lipoproteínas de baixa densidade.

E até onde tratar a HTA no diabético? Em primeiro lugar, atingir PA < 140/90 mmHg e, se tolerado, 130-120/70-80 mmHg, mas não para valores inferiores a 120/70 mmHg.

Em suma, perante um doente com HTA ou DM é necessário, respetivamente, assegurar a vigilância do perfil glicémico e tensional, proceder à confirmação do diagnóstico e, definindo um alvo terapêutico, iniciar terapêutica farmacológica associada a medidas de estilo de vida, considerando as *guidelines* e o perfil farmacocinético dos fármacos disponíveis, tirando o melhor partido metabólico da sua utilização, até serem alcançados os alvos estabelecidos.

A problemática do sal em Portugal

Fernando Pinto

Assistente graduado sénior de Cardiologia do CH de Entre o Douro e Vouga. Ex-pres. (2013-2015), pres. da Mesa da AG (2021-2023) e sócio honorário da SPH

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) – particularmente o acidente vascular cerebral (AVC), o enfarte do miocárdio (EAM) e a insuficiência cardíaca (IC) – são a principal causa de morte no nosso país (cerca de 30% de todos os óbitos), a principal causa de morte precoce (antes dos 65 anos) e uma das mais frequentes causas de incapacidade e de dependência total ou parcial.

A hipertensão arterial (HTA) é, provavelmente, o fator de risco mais importante para as DCCV, principalmente no nosso país, em que predomina o AVC e onde a HTA é muito prevalente (cerca de 42% de todos os adultos), apesar de na maior parte dos casos não provocar sintomas durante muitos meses ou anos, pelo que tem sido designada de "assassino silencioso".

O elevado consumo de sal é uma das principais causas de HTA, para além de estar também implicado diretamente em várias outras doenças com importante mortalidade e incapacidade (por exemplo, a insuficiência renal e o cancro do estômago). Adicionalmente, potencia os efeitos nocivos da obesidade e do sedentarismo, bem como de outras patologias cada vez mais prevalentes, como a diabetes *mellitus* e a dislipidemia.

O consumo excessivo de sal torna também mais difícil o controlo da HTA, sendo necessário utilizar mais medicamentos e/ou doses mais elevadas dos mesmos, com o consequente aumento da possibilidade de surgirem eventuais efeitos laterais dos fármacos.

No nosso país, ingerimos diariamente, em média, quase o dobro (10.7 g) da quantidade de sal recomendada pela Organização Mundial de Saúde (6.0 g). Este consumo elevado de sal deve-se a hábitos alimentares inadequados, que conjugam a utilização de muitos alimentos tradicionais conservados com sal (p. ex. enchidos, bacalhau e outros peixes salgados e secos) com o hábito de adicionar sal na confeção dos alimentos e a utilização cada vez maior de alimentos processados (enlatados, pré-cozinhados), aos quais são adicionadas grandes quantidades de sal, para otimizarem a conservação e, não raras vezes, para disfarçarem uma menos boa qualidade dos produtos.

> A hipertensão arterial (HTA) é, provavelmente, o fator de risco mais importante para as DCCV, principalmente no nosso país, em que predomina o AVC e onde a HTA é muito prevalente.

Assim, a redução do consumo de sal é fulcral para o sucesso da prevenção e do tratamento da HTA e das DCCV, já que, nas fases iniciais e/ou nas formas ligeiras da doença, pode substituir ou atrasar a necessidade de tomar medicamentos e, nas formas mais avançadas, reduz a quantidade de medicamentos necessários.

Uma estratégia multifatorial deverá ser adotada para conseguir reduzir significativamente o consumo de sal, nomeadamente:

– Promovendo a redução progressiva (com vista à suspensão total!) do sal que é adicionado quando cozinhamos, substituindo-o pela utilização de ervas aromáticas / condimentos;

– Utilizando substitutos do sal com menor teor de sódio, o que pode ter também um contributo importante;

– Incentivando o consumo moderado / / reduzido de enchidos, conservas e alimentos processados, onde muitas vezes o sal está "escondido" em grandes quantidades;

– Otimizando as rotulagens dos alimentos, permitindo, de forma fácil, ter a perceção do teor de sal, permitindo fazer escolhas mais adequadas;

– Criando legislação que estabeleça os limites de teor de sal de alimentos de grande consumo.

Risco cardiovascular global

Fernando Matos Gonçalves

Espec. de Hipertensão Clínica da Soc. Europeia de Hipertensão. Coord. de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo

A doença cardiovascular (DCV) é a primeira causa de morte no mundo. Em Portugal, alcança valores próximos dos 50%, sobretudo por doença cerebrovascular e por cardiopatia isquémica, por esta ordem. Para além da mortalidade prematura, a DCV é também responsável por uma significativa morbilidade, com incapacidade e comprometimento precoce da qualidade de vida, quantificada pelos DALYS ou total de anos de vida saudável perdidos.

Genericamente, a aterosclerose é o processo patológico subjacente. Conhecemos desde os anos 50 e 60 do século passado, em autópsias feitas às vítimas da Guerra da Coreia e do Vietname, que é um processo com início precoce, na segunda a terceira décadas de vida.

São reconhecidos vários fatores de risco, que se classificam em fatores não modificáveis (idade, sexo, hereditariedade e etnia) e modificáveis, tais como a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes, o tabagismo e a obesidade. Para além destes fatores de risco "clássicos" referidos, consideram-se muitos outros, citando alguns, como fatores socioeconómicos e ambientais (poluição, ruído), assim como doenças inflamatórias, infecciosas e mentais e stress, entre outros.

E, na realidade, com grande frequência os fatores associam-se, potenciando o risco. Por outro lado, dificilmente encontraremos um doente com DCV sem fator de risco. A hipertensão arterial é considerada o fator de risco mais importante, com uma prevalência nos adultos que pode alcançar os 50%. E todos sabemos que os hipertensos têm risco acrescido de doença coronária, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, doença arterial periférica, demência e disfunção erétil.

De referir ainda que, na sequência da grande quantidade de estudos realizados, o conceito de normalidade tem variado e assistimos nos últimos anos à redução dos valores ditos "normais" de pressão arterial e de lípidos.

Nos países com maiores recursos económicos, tem-se registado uma redução da mortalidade por DCV, explicada pelo melhor controlo da pressão arterial e dos lípidos, uma redução do tabagismo e maior utilização de fármacos. Contudo, a obesidade e, consequentemente, a diabetes *mellitus* são têm diminuído.

Estando clara a associação entre os fatores de risco e a DCV, impõe-se a prevenção, idealmente primária. Isto passará por medidas a nível da sociedade, das autarquias, com locais para o exercício físico e uma vida mais saudável.

Mas também por medidas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde. Hoje dispomos de medicação eficaz e bem tolerada para grande parte dos fatores de risco, nomeadamente para a hipertensão arterial e a dislipidemia, assim como para a diabetes.

Assim, deve haver uma comunicação facilitada entre as pessoas e os seus médicos, aconselhamento de estilo de vida saudável, acesso fácil ao sistema de saúde e uma prescrição facilitada. Penso que isso poderá passar por equipas multidisciplinares, com outros intervenientes nos cuidados de saúde, mas também com recurso a tecnologia para avaliar a adesão, um aspeto fundamental nestes processos, que evoluem lentamente e de forma subclínica.

> A hipertensão arterial é considerada o fator de risco mais importante, com uma prevalência nos adultos que pode alcançar os 50%. E todos sabemos que os hipertensos têm risco acrescido.

Consulta Aberta de HTA

Miguel Castelo-Branco Sousa

Médico assistente graduado sénior de Medicina Interna e Medicina Intensiva do CHU Cova da Beira. Pres. da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI

A consciencialização sobre a importância e significado do controlo da pressão arterial parece ter vindo a aumentar na população em geral e também dentro dos profissionais de saúde. Nos últimos anos tem vindo a tornar-se mais fácil a medição da pressão arterial, pela disponibilização de equipamentos mais acessíveis economicamente e também pelo cada vez maior envolvimento das farmácias comunitárias no acompanhamento de situações crónicas.

A pressão arterial deve ser medida em condições adequadas, isto é, com equipamentos validados, depois de 3-5 minutos de pausa, com a pessoa sentada e relaxada, fora de situações de stress, cumprindo as regras de bom posicionamento e assente em várias medições. Recentemente, foi publicado o documento de consenso da Sociedade Europeia de Hipertensão sobre medição da pressão arterial[1], que reforça e sublinha a importância de acautelar as condições para uma medição adequada.

A experiência de muitos anos de acompanhamento de doentes com hipertensão tem mostrado que muitas pessoas habitualmente controladas, por razões não completamente esclarecidas, evoluem, por vezes, períodos de descontrolo. Numa época em que se dá muita importância aos números, independentemente do seu significado real, também no caso da medição da pressão arterial ocorrem situações em que os valores vão estar acima do objetivo, colocando-se a pergunta sobre o que fazer ao que dá resposta ao encaminhamento da pessoa.

Sendo fundamental haver uma equipa e um plano de acompanhamento da pessoa com hipertensão que tenha definida uma estratégia, deverá ser essa equipa a avaliar e orientar situações de desvio dos valores. No entanto, nem sempre é fácil esse encaminhamento com a velocidade que a situação requer. Note-se que em muitos casos se está perante elevações simples da pressão, em que a prevalência de sintomas, seja pela pessoa, seja pelo profissional de saúde que a identifica, é extremamente subjetiva, mas percecionada como real.

Surge então a necessidade de identificar o local e quem possa fazer o encaminhamento. Deve-se referir que, na atualidade, com dispositivos telemonitorizados, há soluções a funcionar em permanência sempre que se detectam valores fora dos limites estabelecidos, no entanto, há ainda muitas pessoas não seguidas nesse tipo de planos.

Para as subidas de pressão arterial, as *guidelines*[2] definem parâmetros de gravidade e intervenção: as emergências hipertensivas, em que a subida de pressão se associam sinais de lesão de órgão, mediada pela hipertensão (cérebro, coração e aorta ou rins), e as situações de subida significativa de pressão, mas sem sinais de envolvimento de órgão. Neste capítulo, é muito importante que seja identificada a situação concreta, uma vez que os algoritmos de abordagem são muito diferentes.

> No caso da medição da pressão arterial ocorrem situações em que os valores vão estar acima do objetivo.

As situações com disfunção de órgão devem ser orientadas para um serviço preparado para uma abordagem de urgência, com capacidade de uso de meios de diagnóstico e terapêutica adequados, habitualmente o Serviço de Urgência.

No caso em que não há sugestão de sinais de disfunção aguda de órgão mediada pela hipertensão e em que predomina a ultrapassagem do valor alvo, a proposta é que haja serviços que possam fazer essa orientação com fácil acesso, horário de atendimento alargado e que assegurem a comunicação com a equipa que habitualmente acompanha a pessoa com hipertensão.

Nestes, a consulta aberta (i.e., de acesso não condicionado), com protocolos bem definidos de orientação e atuação, constitui uma oportunidade. Nestes casos, o atendimento em Serviço de Urgência, além de desnecessário, associa-se a maior risco de heterogeneidade na abordagem e maior risco de não ser assegurada a continuidade de cuidados, fundamental no acompanhamento da pessoa com hipertensão.

O Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira tem em funcionamento, desde há mais de 30 anos, uma consulta de HTA articulada com a Medicina Geral e Familiar, com referenciação e agendamen-

Referências

1. 2021 Orientações da Sociedade Europeia de Hipertensão para a medição da pressão arterial em consultório e fora do consultório. Revista de Hipertensão. julho-julho 2021 - Volume 19 - Edição 7 - p 1293-1302.
2. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020; 75:1334-1357. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.

Opinião

Hipertensão arterial: estratégias para «melhorar a adesão terapêutica»

Vitória Cunha

Internista. Coordenadora da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta. Secretária da Direção da SPH

Publicado em 13 de fevereiro de 2022

A hipertensão arterial (HTA) continua a ser o principal fator para a mortalidade em todo o mundo – a doença cardiovascular. Assim sendo, é percetível que o seu controlo previne de forma significativa e, acima de tudo, eficaz, a lesão de órgão e reduz a morbilidade e a mortalidade cardiovasculares.

Continuamos a assistir, no entanto, a um grande "fosso" entre o que é ter este conhecimento mais do que comprovado e, de facto, atuar sobre ele. Apesar dos esforços dirigidos ao controlo da HTA nos últimos anos, o controlo está francamente longe do ideal e em raros países ultrapassa os 30-40%.

As armas terapêuticas são mais que muitas, e comprovadamente eficazes, o conhecimento tem aumentado e o diagnóstico é simples. No entanto, as barreiras básicas continuam a ser preponderantes e a condicionar o melhor controlo da HTA: a literacia em saúde, a adesão terapêutica e a inércia médica.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

CASO CLÍNICO

Comentários e respostas para geral@sphta.org.pt

Resposta ao caso clinico de Janeiro

Recordando o caso: O Sr. Américo tem 60 anos, é autónomo nas atividades da vida diária e pratica natação cinco vezes por semana. Apresenta como antecedente pessoal Hipertensão Arterial conhecida há 20 anos e medicada com associação fixa de iECA e diurético tiazida-*like.* Estava previamente controlada com MAPA com média 24 h 129/78 mmHg, média diurna 134/82 mmHg e média noturna 116/69 mmHg. A 03/01/2022 apresentou-se em consulta sem qualquer queixa a registar e com registo médio de AMPA de 142/92 mmHg e em consultório de 145/95 mmHg. Referia ser habitual subida do perfil tensional no inverno. Selecione a opção correta:

1) PA atualmente não controlada, a rever fatores de agravamento versus variação sazonal. Ponderar ajuste da terapêutica farmacológica e individualizar seguimento - a vigiar variação sazonal. 2) Doente com variação do perfil expectável atendendo à época festiva/abuso alimentar, a reforçar medidas de estilo de vida e adesão terapêutica. 3) Antes de considerar variação sazonal da PA não é necessário considerar outras causas de variação da PA como baixa adesão a medidas propostas, consumo de álcool, drogas/medicamentos passíveis de induzir aumento da PA. 4) Doente com PA não controlada a otimizar medidas de estilo de vida e rever em 3 meses.

Resposta correta: 1)

A pressão arterial apresenta variação sazonal com valores mais baixos com temperatura ambiente mais elevada e mais altos com temperaturas mais baixas, sendo este um fenómeno global que pode condicionar a modificação da terapêutica no hipertenso tratado. Neste contexto, foi publicado em 2020 um documento de consenso intitulado “Seasonal variation in blood pressure: Evidence, consensus and recommendations for clinical practice. Consensus statement by the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. Perante um doente com suspeita de variação da PA atribuída à variação sazonal, esta deve ser confirmada em medidas repetidas em consultório e em ambulatório. Deverão ser consideradas outros motivos que justifiquem a alteração documentada antes da sua atribuição cabal à variação sazonal. No “Tempo Quente” a redução da terapêutica deve ser considerada se perfil abaixou do intervalo recomendado, particularmente na presença de sintomas, e naqueles com PAS <110 mmHg mesmo se assintomáticos. Deve-se manter o controlo adequado nas 24h. Os pacientes devem estar informados sobre a probabilidade da variação oposta com nova mudança climática. É necessário um follow-up individualizado para avaliar as mudanças sazonais.

Caso Clínico desta edição

A Maria tem 33 anos e recorreu à consulta por perfil tensional elevado (153/93 mmHg) documentado na última consulta de Medicina do Trabalho. Apresentava como antecedentes Obesidade grau 1 (IMC 32 Kg/m^2) e tabagismo ativo com carga estimada de 16 UMA. Estava medicada habitualmente com contraceção hormonal combinada (CHC).

No domicílio referia PA média 160/93 mmHg e em consulta apresentou PA 165/92 mmHg.

Assinale a opção correta:

1) Sugere-se suspender CHC, otimizar medidas de estilo de vida e rever em 3 meses.
2) O uso de CHC não está associado à subida do perfil tensional em mulheres saudáveis ou com Hipertensão arterial.
3) Sugere-se suspender CHC e iniciar tratamento farmacológico e não farmacológico tendo como o objetivo o controlo do perfil em 3 meses. A considerar outros métodos contracetivos atendendo ao perfil tensional.
4) Sugere-se manter CHC e iniciar tratamento farmacológico e não farmacológico tendo como o objetivo do perfil em 3 meses.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

JÁ ACONTECEU

Eventos da SPH ou outros relevantes na área

Formação na Comunidade

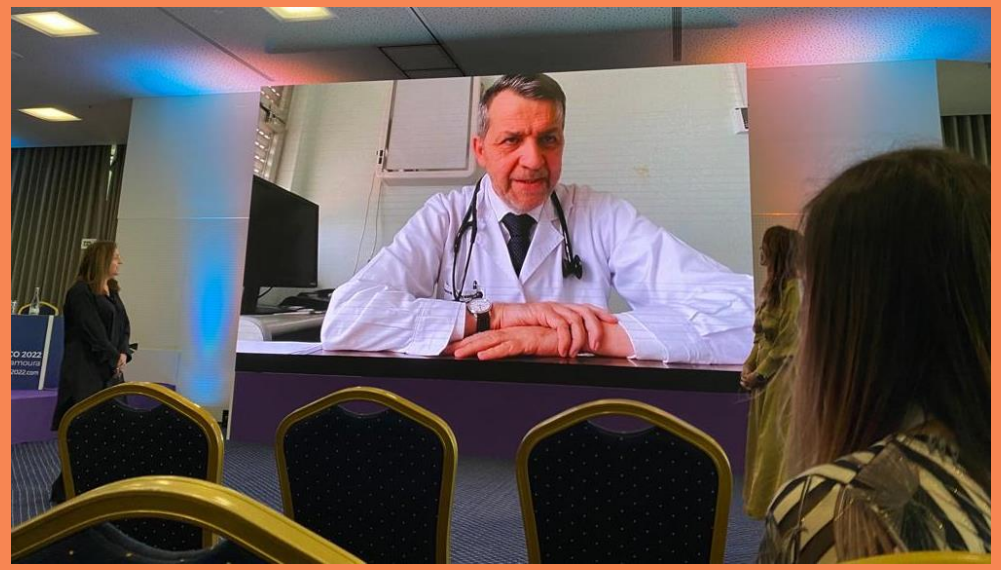
Dando continuidade à aproximação da SPH como vetor de informação privilegiado para prevenir o contágio cultural da Hipertensão Arterial na nossa comunidade, bem como para alertar para a necessidade de vigilância e controlo, foi conduzida uma nova sessão no dia 9 de março de 2022, tendo sido dirigida à ProSénior - Universidade Sénior de Paços de Ferreira.

O tema foi apresentado pela Dra. Heloísa Ribeiro e moderado pela Dra. Rosa de Pinho.

(cont.)

(cont.)

Apesar de estarmos à distância, sentimo-nos muito bem recebidos pelos presentes que tiveram oportunidade para colocar as suas dúvidas e partilhar experiências.



Participação do Presidente da SPH no Congresso Português de Diabetes

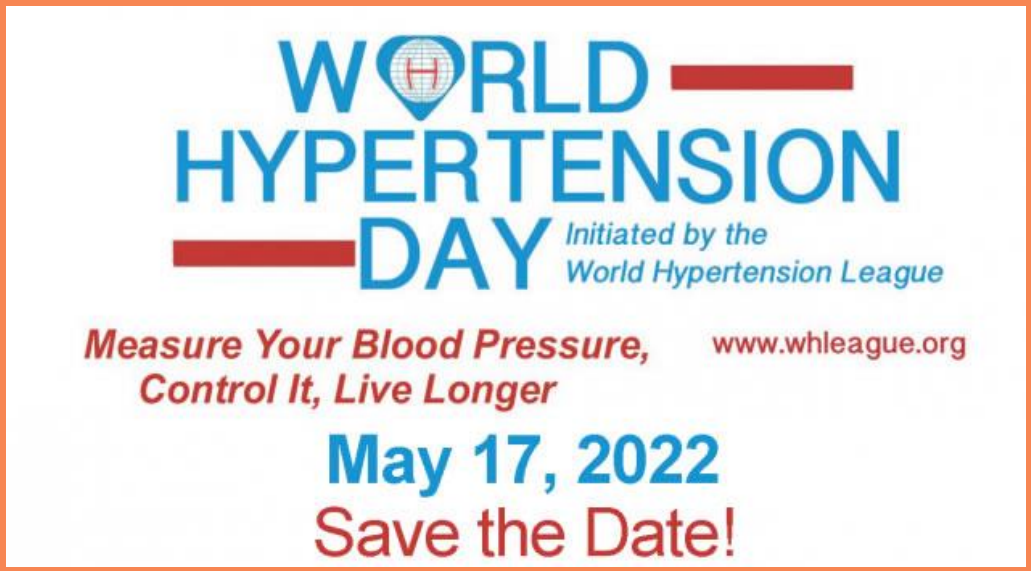
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

AGENDA

Eventos que salientamos para os próximos meses

Clique na imagem para mais informações

31st European Meeting
on Hypertension
and Cardiovascular Protection
HYBRID
Focus on hypertension and heart failure phenotypes
June 17-20, 2022
Athens, Greece
Megaron Athens International Conference Centre (MAICC)
KEY DATES
DECEMBER 22, 2021
ABSTRACT SUBMISSION
MARCH 28, 2022
EARLY REGISTRATION
European Society of Hypertension
www.esh2022.eu
ORGANISING AND SCIENTIFIC SECRETARIAT
AIM GROUP


WORLD HYPERTENSION DAY
Initiated by the World Hypertension League
Measure Your Blood Pressure, Control It, Live Longer
www.whleague.org
May 17, 2022
Save the Date!

15as Jornadas
de PREVENÇÃO
do RISCO CARDIOVASCULAR
em MEDICINA FAMILIAR

PCS
ACADEMY
2021

Hypertension Scientific Sessions 2022

September 7–10, 2022

San Diego, California

OUTROS ARTIGOS A SALIENTAR

(clique na imagem para aceder à página correspondente)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2021) **42**, 3741–3752
doi:10.1093/eurheartj/ehab499
CLINICAL RESEARCH
Heart failure and cardiomyopathies

Sacubitril–valsartan as a treatment for apparent resistant hypertension in patients with heart failure and preserved ejection fraction

Alice M. Jackson [1], Pardeep S. Jhund [1], Inder S. Anand [2], Hans-Dirk Düngen[3], Carolyn S.P. Lam[4,5], Marty P. Lefkowitz [6], Gerard Linssen[7], Lars H. Lund [8], Aldo P. Maggioni [9], Marc A. Pfeffer[10], Jean L. Rouleau[11], Jose F.K. Saraiva [12], Michele Senni[13], Orly Vardeny[14], Magnus O. Wijkman [15], Mehmet B. Yilmaz [16], Yoshihiko Saito[17], Michael R. Zile[18], Scott D. Solomon[10], and John J.V. McMurray [1,*]

Review

Measuring sodium intake: research and clinical applications

Conor Judge[a,b,*], Sukrit Narula[b,*], Andrew Mente[b], Andrew Smyth[a], Salim Yusuf[b], and Martin J. O'Donnell[a,b]

Hypertension

AHA SCIENTIFIC STATEMENT

Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association

Alimentos com menos 11% de sal e açúcar em três anos

01 mar. 2022

Entre 2018 e 2021, houve uma redução de cerca de 11% de sal e açúcar em alguns produtos alimentares, segundo os resultados do processo de reformulação dos produtos alimentares em Portugal. A Ordem dos Nutricionistas já aplaudiu a indústria pela capacidade de reformulação dos alimentos e felicita a Direção-Geral da Saúde (DGS), em particular o Programa Nacional para a Alimentação Saudável, bem como o Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA).

Links relevantes

- Sociedade Portuguesa de Hipertensão
- *European Society of Hypertension*
- *World Hypertension League*
- Facebook SPH
- Ordem dos Médicos
- *American College of Cardiology (ACC)*
- *American Heart Association (AHA)*
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
- Departamento de Hipertensão Arterial da SBC
- Fundação Portuguesa de Cardiologia
- Sociedade Brasileira de Hipertensão
- Sociedade Húngara de Hipertensão
- Sociedade Polaca de Hipertensão
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
- Sociedade Portuguesa de Neurologia
- *American Heart Association Council for High Blood Pressure Research*

Clique nas imagens para aceder aos links da SPH nas redes sociais

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension