



REVISTA PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO
ERISCO CARDIOVASCULAR

12^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE
HIPERTENSÃO
E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL
International Meeting on Hypertension
and Global Cardiovascular Risk



22 a 25
Fevereiro 2018

www.sphta.org.pt



6

ARTIGO ORIGINAL

Adequabilidade de uma Posologia Padrão Diária à Prática Clínica para 163 Medicamentos Anti-Hipertensivos Usados no Tratamento da Hipertensão Arterial
Appropriateness of a Standard Daily Dose to Clinical Practice for 163 Antihypertensive Drugs Used for Hypertension Treatment

Acompanhamento dos Doentes Hipertensos nos Cuidados de Saúde Primários - A Nossa Prática
Monitoring Hypertensive Patients in Primary Healthcare - Our Practice

18

ARTIGO DE REVISÃO

A Ansiedade e o Controlo Glicémico na Diabetes Mellitus - Uma Revisão Baseada na Evidência
Anxiety and Glycaemic Control in Diabetes Mellitus - An Evidence Based on Medicine Revision

Evidência da Utilização da Cronoterapia na Redução da Morbimortalidade por Eventos Cardiovasculares
Evidence of the Use of Chronotherapy in Reducing Morbidity and Mortality from Cardiovascular Events

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.

ISSN 1646-8287

N.ºs avulsos: 10€

Assinatura anual: 35€

Tiragem: 5.000 exemplares

Depósito legal: 265384/07

Propriedade:

Grande Mensagem, Edições e Publicidade, Lda.

Av. Bombeiros Voluntários, n.º 52, Loja 8 Sala G

1495-022 Algés

Tel: 91 439 81 85

Fax: 21 357 90 21

E-mail: revphip@gmail.com

Design gráfico:

Inês Almaça TIm: 91 485 46 00

E-mail: inesalmaca@hotmail.com

Impressão:

CMYKGLOSS Impressores, Lda.

Estrada de Barros, Elospark, Pav. 6

2725-193 Algueirão - Mem Martins

Tel: 21 926 15 97/8

Fax: 21 926 15 99

E-mail: geral@cmyk.pt

Editor Chefe / Editor-in-Chief

Prof. J. Braz Nogueira

Editor Adjunto / Deputy Editor

Dr. Vitor Ramalhinho

**Conselho Científico Nacional e Internacional
National and International Scientific Board**

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

Conselho Redactorial / Editorial Board

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

EDITORIAL

Chegados à altura em que a maioria de nós tem um período de férias há sempre maior disponibilidade para as leituras. Esperamos que neste número encontrem motivos para o incluir nas vossas leituras de Verão, não só pela elaboração do conteúdo dos artigos originais mas também como ponto de partida sobre temas e perspetivas para revisões e atualizações mais amplas que o tempo disponível permite.

É nesta visão que se integram a inclusão nesta revista dos sumários de temas particularmente desafiantes debatidos no Congresso da nossa Sociedade de Hipertensão e Risco Cardiovascular deste ano: “E depois de a anticoagulação falhar?”; “Peso da diabetes no risco cardiovascular”; “Colesterol elevado, um inimigo público”; “Inibidores do SGLT2 e outras novidades na diabetes” e “Em busca dos valores de PA de referência”. São títulos que despertam o nosso interesse em questões atuais e que não se esgotaram nas sessões. As breves súmulas apresentadas sabem a pouco: daqui lanço o apelo para que os respetivos autores expandam estes resumos num texto mais ou menos longo e que aqui divulgaremos. Quanto aos artigos originais há uma conjugação de três que gravitam em várias vertentes da avaliação da terapêutica anti hipertensora na prática clínica.

Num, as colegas de Medicina Geral e Familiar Mariana Ramos e Cláudia Ferreira apresentam uma revisão dos estudos publicados nos últimos dez anos na literatura indexada sobre “a utilização da cronoterapia na redução da morbimortalidade por eventos cardiovasculares”. Tema controverso sobre o eventual impacto no risco do horário de administração de fármacos com duração de ação de 24 horas (com relação pico/vale adequada, portanto em terapêutica a fazer uma vez por dia). Convém recordar que a verdadeira eficácia da intervenção terapêutica na hipertensão arterial é a influência na redução do risco cardiovascular e não a mera descida dos valores numéricos da tensão.

Noutro artigo avalia-se a adequabilidade da terapêutica prescrita num vasto leque de anti hipertensores. A concordância entre o que se prescreve e o que é efetivamente tomado



e com que regularidade é tomado deve ser uma das nossas preocupações. A criação de instrumentos com boa fundamentação teórica para este fim terá cada vez maior impacto na avaliação de qualidade à prática clínica realizada.

No último desta tríada divulgamos o relato da experiência do “acompanhamento dos doentes hipertensos nos Cuidados de Saúde Primários” de colegas da USF Santo António da Charneca, na margem sul do Tejo: pouco a pouco e com a divulgação de dados locais e regionais vamos construindo o mosaico que nos permite conhecer melhor, em pormenor a realidade portuguesa na área da hipertensão. No último artigo deste número também se utiliza como metodologia a revisão sistemática da bibliografia publicada, neste caso sobre a “ansiedade e o controlo glicémico na Diabetes”. Nas conclusões ressalta a necessidade de também se ter em atenção as perturbações da ansiedade não só de maneira pontual mas num acompanhamento permanente, particularmente na medicina de proximidade que os cuidados de saúde primários podem e devem providenciar.

Vítor Ramalhinho

ADEQUABILIDADE DE UMA POSOLOGIA PADRÃO DIÁRIA À PRÁTICA CLÍNICA PARA 163 MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS USADOS NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

APPROPRIATENESS OF A STANDARD DAILY DOSE TO CLINICAL PRACTICE FOR 163 ANTIHYPERTENSIVE DRUGS USED FOR HYPERTENSION TREATMENT

André Coelho¹, Cláudia Vilarés², Pedro Caetano³

¹ Área científica de Farmácia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

² Estudante da licenciatura em Farmácia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

³ Departamento de Farmacologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

André Coelho

TLM 916167838 - andre.coelho@estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Av. D. João II Lote 4.69.01

1990-096 Lisboa

Resumo

Introdução: Bases de dados de prescrições médicas e/ou registos de faturação das farmácias são uma fonte relevante de informação para o estudo da adesão à terapêutica, dependendo a sua utilização para esse fim de informação acerca do número de dias para os quais a medicação foi prescrita/dispensada.

Objetivo: Analisar a adequabilidade de uma posologia padrão diária (PPD) para 163 medicamentos anti-hipertensivos, quando usados no tratamento da hipertensão arterial, que permita a determinação da duração de tratamento associada a cada embalagem.

Métodos: Com base na informação constante no RCM, definiu-se uma PPD para cada um dos medicamentos em estudo, e avaliou-se a sua adequabilidade à prática clínica através de um painel de clínicos, de diferentes especialidades. Para cada medicamento verificou-se a concordância entre a PPD definida e a prática habitual de prescrição de cada clínico, bem como a concordância entre clínicos. O teste de kappa foi utilizado para a análise da concordância.

Resultados: Verificou-se a adequabilidade da PPD para 96.3% dos medicamentos; maior concordância para medicamentos com PPD = 1, quando prescritos por um especialista em medicina geral e familiar e para os betabloqueadores. Medicamentos com maior variabilidade na sua posologia ou com um maior número de dosagens comercializadas apresentam uma menor concordância.

Conclusões: As PPD definidas revelaram-se adequadas para a determinação da duração de tratamento associada a cada embalagem de anti-hipertensivos. A definição de uma posologia por medicamento e não por código ATC/substância ativa permitirá uma estimativa mais fiável das medidas de adesão à terapêutica quando se utilizam estas bases de dados.

Abstract

Introduction: Data sources of prescription and/or claims records are an important source of information for the study of adherence to medications. Their use for this purpose depends on the information about the number of days' supplied/prescribed.

Aim: To analyze the appropriateness of a standard daily dose (SDD) for 163 antihypertensive drugs, when used for hypertension treatment, allowing determining the theoretical duration of treatment for each package of these drugs.

Methods: Based on the information of the SmPC, we defined a SDD for each of the drugs under study, and evaluated its appropriateness to clinical practice using a panel of clinicians from different specialties. For each drug, we analyzed the agreement for the defined SDD and the usual prescribing practice of each clinician, as well the agreement between clinicians. The kappa test was used for agreement's analysis.

Results: The SDD was found to be appropriate for 96.3% of antihypertensive drugs; highest agreement for drugs whose SDD = 1, when prescribed by a general practitioner, and for beta-blockers. Drugs with higher dosing variability or with higher number of marketed dosages presented a lower agreement.

Conclusions: The defined SDD were found to be appropriate for determining the theoretical duration of treatment for antihypertensive drugs. Defining a daily dose per drug and not per ATC code/active substance will allow a more reliable estimation of adherence to medications using prescription and/or claims records.

Palavras-chave

Adesão à terapêutica;
Bases de dados;
Hipertensão arterial;
Concordância;
Posologia padrão diária.

Keywords

Adherence to medication;
Databases;
Hypertension;
Agreement;
Standard daily dose.



Introdução

A literatura descreve diversos métodos para a realização de estudos de adesão à terapêutica, incluindo (i) questionários dirigidos aos doentes; (ii) contagem de comprimidos; (iii) utilização de monitores eletrónicos de medicação; (iv) utilização de marcadores bioquímicos; (v) taxas de renovação de prescrições, entre outros¹⁻⁵.

Este último, através da consulta de bases de dados de prescrições médicas e/ou de faturação das farmácias comunitárias^{2,4,6-16} permite o estudo da adesão em grandes populações, em suas três componentes - iniciação, implementação e descontinuação - sendo considerado o método *gold standard* para o estudo da iniciação e descontinuação¹⁷.

Quando se recorre a bases de dados para o estudo da adesão à terapêutica, várias medidas podem ser utilizadas, entre as quais o *medication possession ratio* (MPR) e a *proportion of days covered* (PDC)^{2,4,18-21}. Com algumas diferenças entre si, ambas representam medidas de disponibilidade da medicação prescrita/dispensada durante um intervalo de tempo específico^{2,20-25}. Habitualmente são calculadas dividindo o número de dias para os quais a medicação foi prescrita/dispensada durante um determinado período de tempo, pelo número de dias que decorreram desde a primeira dispensa até ao final desse período^{2,4,7,21,22,26,27}.

Nas situações em que as bases de dados não contêm informação sobre a posologia prescrita nem sobre o número de dias para os quais determinado medicamento foi prescrito/dispensado, a quantidade de formas orais sólidas dispensadas e o número de tomas diárias para esse medicamento podem ser usados para estimar o número de dias para os quais a medicação foi prescrita/dispensada^{2,23}, habilitando dessa forma o cálculo do MPR ou do PDC, e até da persistência no tratamento. O número de tomas diárias pode ser estimado com base na dose diária definida (DDD)^{6,28}, na posologia média diária (PMD)⁸ ou através da definição de uma posologia padrão diária (PPD)²⁹.

Que seja do nosso conhecimento, não existe nenhum estudo efetuado no sentido de testar a adequabilidade de uma PPD à prática clínica para os medicamentos anti-hipertensivos quando usados no tratamento da hipertensão arterial (HTA).

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo analisar a adequabilidade de uma PPD para 163 medicamentos anti-hipertensivos, quando usados no tratamento da HTA, que permita a determinação da duração de tratamento associada a cada um desses medicamentos.

Métodos

CONTEXTUALIZAÇÃO

A necessidade de verificação da adequabilidade da PPD dos medicamentos anti-hipertensivos quando usados no tratamento

da HTA surge no âmbito do estudo *“Adherence to antihypertensive therapy: analysis of initiation, implementation, discontinuation and possible risk factors in portuguese primary care units”*³⁰, que pretende determinar a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, em doentes hipertensos que iniciaram tratamento nos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, através dos registos de prescrições médicas e faturação das farmácias comunitárias.

A verificação de adequabilidade foi realizada para os medicamentos prescritos/dispensados, aos participantes do referido estudo. O protocolo detalhado encontra-se disponível na página de internet do *ENCePP*³⁰.

FONTE DE INFORMAÇÃO

Para a realização do estudo referido³⁰, os dados foram extraídos a partir do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (SIARS).

Este repositório tem como objetivo a análise e acompanhamento da atividade e produção das Unidades Funcionais – Cuidados de Saúde Primários da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP.)³¹ e permite a extração de informação não só dos medicamentos prescritos no âmbito da produção das unidades funcionais como dos medicamentos faturados aos utentes da área de influência da ARSLVT, independentemente da origem da prescrição. Do SIARS pode ser extraída(o): (1) data da prescrição; (2) data da dispensa do medicamento prescrito; (3) nome do medicamento (nome comercial e substância ativa); (4) dosagem; (5) número de embalagens prescritas e faturadas; (6) dimensão das embalagens. Não é possível extrair do SIARS informação sobre a posologia dos medicamentos prescritos nem sobre a duração de tratamento associada a cada embalagem.

PROCEDIMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DA POSOLOGIA PADRÃO DIÁRIA

Numa primeira fase, foi extraída do resumo das características do medicamento (RCM), a partir da página de internet do INFARMED³² a PPD para cada um dos 163 medicamentos em estudo. A PPD foi definida por medicamento e não por código ATC/substância ativa (como habitualmente é realizado no caso da DDD e da PMD³³), tendo sido assumido que a mesma substância ativa com *n* dosagens corresponde a *n* medicamentos. Quando o RCM não estava disponível na página de internet do INFARMED, consultou-se a página de internet da Agência Europeia do Medicamento³⁴.

A PPD, extraída do RCM de cada um dos medicamentos, foi definida da seguinte forma:

- (1) Nos casos em que o número de tomas diárias, definido no RCM é independente da dosagem do medicamento, definiu-se esse número como PPD para cada uma das dosagens;
- (2) Nos casos em que podem ser efetuadas titulações de dose, se tal não afetar o número de tomas diárias, definiu-se esse número como a PPD;
- (3) Nos casos em que a dose diária surge sob a forma de intervalo

intervalo considerou-se o limite inferior do mesmo de modo a aumentar a especificidade aquando do cálculo do MPR ou PDC. Numa segunda fase, procedeu-se à avaliação da adequabilidade da PPD face à prática habitual de prescrição de um painel de 30 clínicos, especialistas em medicina geral e familiar, cardiologia e medicina interna, num ratio de 4:1:1, considerando a proporção de medicamentos dispensados, provenientes de prescrições originadas na rede de cuidados de saúde primários no estudo de adesão à terapêutica³⁰. Os clínicos foram selecionados através de uma amostragem de conveniência, cumprindo, cumulativamente os requisitos (1) serem prescritores no âmbito da área de influência da ARSLVT; (2) prescreverem, de forma autónoma, pelo menos desde 2011. O painel de clínicos representa todos os setores da rede de cuidados de saúde, i.e., cuidados de saúde primários, hospitais públicos e rede privada.

A cada um dos clínicos foi enviada uma terça parte dos medicamentos em estudo, tendo sido solicitado que, com base na sua própria casuística, identificasse se a PPD definida para cada medicamento correspondia à sua prática habitual de prescrição. Nos casos em que tal não se verificasse, foi solicitado ao clínico que identificasse uma PPD, com base na sua prática habitual. Considerando o número elevado de medicamentos, cada clínico poderia indicar que habitualmente não prescrevia determinado medicamento.

ANÁLISE DA ADEQUABILIDADE DA POSOLOGIA PADRÃO DIÁRIA

A adequabilidade foi analisada através da concordância, por medicamento, entre o valor definido e a prática clínica habitual de prescrição, usando a seguinte expressão:

$$\text{Rácio de concordância} = \frac{\text{n.º de clínicos que concordam com a PPD definida}}{\text{n.º de clínicos que prescrevem o medicamento}} \times 100$$

Para valores iguais/superiores a 80%, considerou-se a PPD como adequada à prática clínica. Quando a concordância foi inferior a 80%, verificou-se a concordância entre clínicos:

$$\text{Rácio de concordância entre clínicos} = \frac{\text{n.º de clínicos que referem a mesma posologia}}{\text{n.º de clínicos que prescrevem o medicamento}} \times 100$$

Para valores $\geq 80\%$, considerou-se como PPD, a posologia referida pelos clínicos. Para as situações em que os rácios anteriores foram $< 80\%$, assumiu-se a PPD como adequada, se a concordância na subclasse terapêutica à qual o medicamento pertence fosse $\geq 80\%$. A figura I sumariza o processo de análise de adequabilidade da PPD definida à prática clínica.

Após a análise da concordância por medicamento, foi calculada a concordância global para os 163 medicamentos, aritmeticamente e ajustada à frequência de dispensa por medicamento. A concordância global aritmética corresponde à relação entre o

número de medicamentos cuja concordância é $\geq 80\%$ sobre o número total de medicamentos. A concordância global ajustada à frequência de dispensa corresponde à relação entre o número de medicamentos cuja concordância é $\geq 80\%$, ponderados pelo número de vezes que foram dispensados durante o período em estudo sobre o número total de medicamentos.

Foi ainda aplicado o teste de kappa para análise de concordância entre as PPD e a moda das posologias reportadas pelos clínicos. Para a interpretação do teste de kappa considerou-se a seguinte categorização: fraco (< 0.20), razoável (0.20-0.40), moderado (0.41-0.60), bom (0.61-0.80), muito bom (0.81-1.00).

Resultados

Para os 163 medicamentos anti-hipertensivos em estudo, estes foram, em média, prescritos por 6 (mínimo:1; máximo: 10) clínicos. Do total de medicamentos, 105 (64%) foram prescritos por 50% ou mais dos clínicos para o tratamento da HTA. Ajustado à frequência de dispensa, esse valor representa 61.3% do total de medicamentos utilizados pela população em estudo durante o período de observação³⁰.

A concordância é mais alta para os especialistas em medicina geral e familiar (143 em 163 medicamentos) comparativamente às outras duas especialidades médicas: 59.6% para os cardiologistas e 49.6% para os internistas.

A PPD foi considerada adequada para 152 (93.2%) dos 163 medicamentos analisados. Quando se verifica a adequabilidade em função da frequência de dispensa, esse valor sobe para os 96.3%. No quadro I são apresentados os valores de concordância para os medicamentos em estudo, em função do número de tomas diárias. Quando a PPD = 1, para 146 (98.6%) dos 148 medicamentos analisados verificou-se a sua adequabilidade à prática clínica. Nos casos em que a PPD difere de um comprimido por dia, a adequabilidade baixa, sendo de 62.5% se PPD definida = 2; 33.4 se PPD = 3 e para o medicamento cuja PPD foi definida como meio comprimido por dia (furosemida 40 mg), não se verificou concordância nem com a PPD nem entre clínicos.

Para os dois medicamentos em que a PPD não espelha a prática habitual de prescrição mas os clínicos reportam um valor concordante entre si (lacidipina 4 mg comprimidos e nifedipina 5 mg cápsulas), a posologia constante do RCM é variável. A posologia indicada pelos clínicos e, portanto, definida como PPD para o estudo da adesão à terapêutica anti-hipertensiva³⁰, foi de dois comprimidos no primeiro caso e de uma cápsula no último. Os nove medicamentos para os quais não se verificou concordância com a PPD nem concordância entre clínicos representam apenas 3.7% do total de medicamentos. Para estes, assumiu-se a PPD como válida para os medicamentos captopril 25 mg comprimidos e metildopa 250 mg comprimidos, uma vez que a concordância na subclasse terapêutica à qual o medicamento pertence é $\geq 80\%$ (97% e 83%, respetivamente). Para os restantes sete medicamentos não se verificou a adequabilidade da PPD definida



Quadro I: Análise da concordância da posologia padrão diária, em função do n.º de tomas diárias

PPD	Número de medicamentos		Rácio de concordância ≥80%			Rácio de concordância entre clínicos ≥80% (se concordância com a PPD <80%)			Sem concordância		
	N	%	N	%	% Rx	N	%	% Rx	N	%	% Rx
0.5	1	0,6	0 de 1	0	-	0 de 1	0	-	1 de 1	100	0.4
1	148	90,8	146 de 148	98.6	92,4	1 de 148	0.7	0.24	1 de 148	0.7	1.2
2	8	4,9	5 de 8	62.5	3,6	0 de 8	0	-	3 de 8	37.5	1.1
3	6	3,7	1 de 6	16.7	~0	1 de 6	16.7	0.09	4 de 6	66.7	1.0

Legenda: % Rx - concordância ajustada à frequência de dispensa

Quadro II. Taxa de prescrição e % de concordância ≥80% por classe e subclasse terapêutica

Classe	Taxa de prescrição	% de Concordância ≥80%	Subclasse	Taxa de prescrição	% de Concordância ≥80%
C02	0.5%	88%	C02A	0.4%	83%
			C02C	0.1%	100%
C03	9.6%	92%	C03B	6.3%	100%
			C03C	1.6%	75%
			C03D	0.3%	100%
			C03E	1.4%	100%
C07	9.5%	100%	C07A	9.3%	100%
			C07B	0.1%	100%
			C07C	0.1%	100%
C08	8.0%	70%	C08C	6.7%	74%
			C08D	1.3%	64%
C09	72.4%	99%	C09A	14.7%	97%
			C09B	14.1%	100%
			C09C	14.5%	100%
			C09D	28.3%	100%
			C09X	0.8%	100%

Legenda: C02 – Anti-hipertensores; C02A - Agentes anti-adrenérgicos de ação central; C02C - Agentes anti-adrenérgicos de ação periférica; C03 – Diuréticos; C03B – Tiazidas e análogos; C03C – Diuréticos de ansa; C03E – Diuréticos e agentes poupadores de potássio em combinação; C03D – Agentes poupadores de potássio; C07 – Beta bloqueadores; C07A – Beta bloqueadores; C07B – Beta bloqueadores e diuréticos tiazídico; C07C – Beta bloqueadores e outros diuréticos; C08 – Bloqueadores da entrada de cálcio; C08C – Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos maioritariamente vasculares; C08D – Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos cardíacos diretos; C09 – Modificadores do eixo renina-angiotensina; C09A – Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, monoterapia; C09B – Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, combinações; C09C – Antagonistas dos recetores da angiotensina II, monoterapia; C09D – Antagonistas dos recetores da angiotensina II, combinações; C09X – Outros agentes que atuam no eixo renina-angiotensina

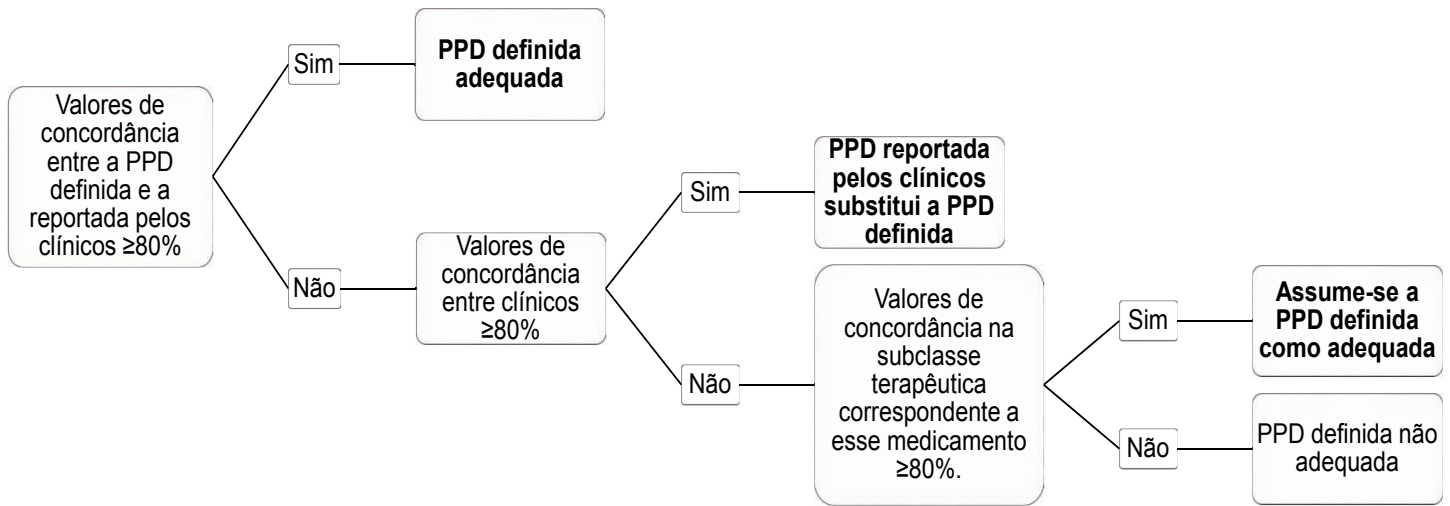


Figura I. Metodologia para análise da adequabilidade da posologia padrão diária

nem concordância entre clínicos. Todos eles são medicamentos cujos RCM descrevem a posologia como variável.

Quanto aos níveis de concordância tendo em conta o número de apresentações no mercado, por código ATC/substância ativa, para os que abrangem quatro ou mais apresentações no mercado, verificou-se a adequabilidade em 77%. Esse valor sobe para 97% para os medicamentos com três ou menos apresentações no mercado.

No que toca à concordância por classe e subclasse terapêutica (Quadro II), esta foi de 100% para os betabloqueadores (C07), 99% para os modificadores do eixo renina-angiotensina (C09) e apenas para bloqueadores da entrada de cálcio se verificou uma adequabilidade <85% para os medicamentos da respetiva classe. A aplicação do teste de *kappa* originou um valor de $k=0,741$; aumentando esse valor para 0.785 se considerarmos apenas os 50% medicamentos mais dispensados durante o período em estudo.

Discussão e Conclusão

O estudo da adesão à terapêutica com recurso a bases de dados de prescrições e/ou dispensa/faturação das farmácias depende da informação sobre a posologia prescrita ou o número de dias para os quais a medicação foi prescrita/dispensada. Na sua ausência, a definição de uma PPD pode ser utilizada como indicador da dose diária.

No caso particular da terapêutica anti-hipertensiva, a DDD pode não refletir a dose diária prescrita pelos clínicos e/ou utilizada pelos doentes²⁸, o que limita a sua utilização. Por outro lado, a utilização da PMD - habitualmente definida a partir de uma amostragem de receitas^{8,33} - para a determinação da dose diária

também apresenta um conjunto de limitações: (1) nem todas as receitas contêm informação acerca da posologia prescrita, já que esse não é um campo obrigatório de preenchimento³⁴; (2) seria necessário recorrer a um elevado número de receitas para obtenção de informação suficiente para o cálculo da média por medicamento, dada a baixa frequência de prescrição/dispensa de alguns; (3) a prescrição de um anti-hipertensivo não é limitada ao tratamento da HTA, o que poderia introduzir um viés de classificação.

Portanto, o recurso a um painel de clínicos, de diversas especialidades, apresentou-se como uma solução viável para a verificação da adequabilidade de uma PPD para a definição do número de dias de tratamento da HTA para cada embalagem destes medicamentos.

Para 96.3% dos medicamentos anti-hipertensivos utilizados, verificou-se a adequabilidade da PPD definida, o que permitirá aferir sobre a adesão à terapêutica na população em estudo³⁰ com maior fiabilidade do que se este estudo não tivesse sido realizado. Alguns fatores podem explicar a falta de concordância para sete dos medicamentos em estudo. Por exemplo, para o medicamento furosemida 40 mg comprimidos, a posologia descrita no RCM no tratamento da HTA é de meio a um comprimido por dia, o que poderá explicar a ausência de concordância. No caso das substâncias ativas nifedipina e diltiazem verificou-se a adequabilidade da PPD para os medicamentos de maior dosagem mas não para os de menor. Os medicamentos nifedipina 5 mg e nifedipina 10 mg têm também indicação nas crises hipertensivas, cuja PPD descrita no RCM para essa situação é de uma cápsula. Assim sendo, a indicação por parte de alguns clínicos de uma cápsula por dia poderá ter sido feita tendo em conta a sua utilização no controlo das crises hipertensivas e não no controlo



diário da pressão arterial. Também para o diltiazem existem várias dosagens diferentes disponíveis no mercado. Assim sendo, é possível um viés de classificação, em que o clínico habitualmente prescreva uma dosagem diferente da que lhe foi apresentada, e portanto reporte um valor de posologia tendo em conta não a posologia para esse medicamento em particular mas sim de acordo com a dose que prescreve por dia para essa substância ativa. A existência de várias dosagens da mesma substância ativa aumenta a probabilidade de um viés de classificação.

Os valores de *kappa* obtidos revelam uma boa concordância entre a PPD definida e a prática clínica habitual de prescrição, aumentando a concordância para os medicamentos mais dispensados.

Como limitações deste estudo, podemos referir a dimensão do painel de clínicos. Dada a baixa frequência de dispensa de alguns anti-hipertensivos durante o período em estudo, alguns clínicos não os prescrevem habitualmente e, portanto, não indicaram uma posologia.

A variabilidade (definida em RCM) na posologia de alguns anti-hipertensivos, bem como as diferentes dosagens comercializadas da mesma substância ativa contribuiu para a menor concordância no caso dos bloqueadores da entrada de cálcio. No entanto, pensamos que a metodologia seguida, analisando cada dosagem de uma mesma substância ativa como um medicamento diferente, permite uma maior adequabilidade na determinação do número de dias para os quais cada embalagem é dispensada, reduzindo desta forma uma sub- ou uma sobre estimativa desse valor.

Agradecimentos

À ARSLVT, I.P., entidade detentora da propriedade intelectual dos dados recolhidos para a realização deste estudo.

Aos clínicos que aceitaram participar no estudo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

Bibliografia

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. World Health Organization, editor. Geneva; 2003. 3-5 p. Available from: http://cdrwww.who.int/hiv/pub/prev_care/lttherapies/en/
2. Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2006;15:565-74.
3. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
4. Steiner JF, Prochazka A V. T e assessment of refill compliance using pharmacy records: Methods, validity, and applications. *J*

Clin Epidemiol. 1997 Jan;50(1):105-16.

5. Vrijens B, De Geest S, Hughes D a, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppard T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;73(5):691-705.
6. Mancia G, Zambon A, Soranna D, Merlino L, Corrao G. Factors involved in the discontinuation of antihypertensive drug therapy: an analysis from real life data. *J Hypertens.* 2014;32(8):1708-16.
7. Arnet I, Abraham I, Messerli M, Hersberger KE. A method for calculating adherence to polypharmacy from dispensing data records. *Int J Clin Pharm.* 2014;36:192-201.
8. Mabotuwana T, Warren J, Harrison J, Kenealy T. What can primary care prescribing data tell us about individual adherence to long-term medication? — comparison to pharmacy dispensing data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18:956-64.
9. Noize P, Bazin F, Dufouil C, Lechevallier-Michel N, Ancelin ML, Dartigues JF, et al. Comparison of health insurance claims and patient interviews in assessing drug use: Data from the T ree-City (3C) Study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18(4):310-9.
10. Nielsen MW, Søndergaard B, Kjølner M, Hansen EH. Agreement between self-reported data on medicine use and prescription records vary according to method of analysis and therapeutic group. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(9):919-24.
11. Wettermark B, Zoëga H, Furu K, Korhonen M, Hallas J, Nørgaard M, et al. T e nordic prescription databases as a resource for pharmacoepidemiological research—a literature review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013. p. 691-9.
12. Van Wijk BLG, Klungel OH, Heerdink ER, De Boer A. Refill persistence with chronic medication assessed from a pharmacy database was influenced by method of calculation. *J Clin Epidemiol.* 2006;59(1):11-7.
13. Hudson M, Rahme E, Richard H, Pilote L. Comparison of measures of medication persistency using a prescription drug database. *Am Hear J.* 2007;153(1):59-65.
14. Fitz-Simon N, Bennett K, Feely J. A review of studies of adherence with antihypertensive drugs using prescription databases. *T er Clin Risk Manag.* 2005;1(2):93-106.
15. Takahashi Y, Nishida Y, Asai S. Utilization of health care databases for pharmacoepidemiology. *Eur J Clin Pharmacol.* 2012;68(2):123-9.
16. García Rodríguez L, Pérez Gutthann S. Use of the UK General Practice Research Database for pharmacoepidemiology. *Br J Clin Pharmacol.* 1998;45:419-25.
17. Vrijens B, Heidebuchel H. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants: considerations on once- vs. twice-daily regimens and their potential impact on medication adherence. *Europace.* 2015;17:514-523.
18. Raebel MA, Schmittie J, Karter AJ, Konieczny JL, Steiner JF. Standardizing Terminology and Definitions of Medication Adherence and Persistence in Research employing Electronic

- Databases. *Med Care*. 2013;51(803):1–18.
19. Hess LM, Raebel M a., Conner D a., Malone DC. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: A proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother*. 2006. p. 1280–8.
 20. Vink NM, Klungel OH, Stolk RP, Denig P. Comparison of various measures for assessing medication refill adherence using prescription data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009;18(2):159–65.
 21. Vollmer WM, Xu M, Feldstein A, Smith D, Waterbury A, Rand C. Comparison of pharmacy-based measures of medication adherence. *BMC Health Serv Res*. 2012. p. 1–8.
 22. Bae JP, Dobesh PP, Klepser DG, Anderson JD, Zagar AJ, McCollam PL, et al. Adherence and dosing frequency of common medications for cardiovascular patients. *Am J Manag Care*. 2012;18(3):139–46.
 23. Halpern MT, Khan ZM, Schmier JK, Burnier M, Caro JJ, Cramer J, et al. Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. *Hypertension*. 2006;47:1039–48.
 24. Marcum ZA, Gellad WF. Medication Adherence to Multidrug Regimens. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2012. p. 287–300.
 25. Singer SR, Hoshen M, Shadmi E, Leibowitz M, Flaks-Manov N, Bitterman H, et al. EMR-based medication adherence metric markedly enhances identification of nonadherent patients. *Am J Manag Care*. 2012;18(10):372–7.
 26. Birt J, Johnston J, Nelson D. Exploration of Claims-Based Utilization Measures for Detecting Potential Nonmedical Use of Prescription Drugs. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20(6):639–46.
 27. Krousel-Wood M, Holt E, Joyce C, Ruiz R, Dornelles A, Webber LS, et al. Differences in cardiovascular disease risk when antihypertensive medication adherence is assessed by pharmacy fill versus self-report. *J Hypertens*. 2015;33(2):412–20.
 28. Grimmsmann T, Himmel W. Discrepancies between prescribed and defined daily doses: A matter of patients or drug classes? *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67:847–54.
 29. Rikala M, Hartikainen S, Saastamoinen LK, Korhonen MJ. Measuring psychotropic drug exposures in register-based studies - validity of a dosage assumption of one unit per day in older Finns. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2013;22(2):155–65.
 30. Caetano P, Coelho A. Adherence to antihypertensive therapy: analysis of initiation, implementation, discontinuation and possible risk factors in Portuguese primary care units [Internet]. 2015. Available from: <http://www.encepp.eu/encepp/viewResource.htm?id=8954>
 31. Diretório de Informação em Saúde: SIARS – Sistema de Informação (ARSLVT, IP) [Internet]. 2013. Available from: <http://dis.dgs.pt/2013/05/30/sistema-de-informacao-da-arslvt-ip-siars/>
 32. INFARMED. Infomed [Internet]. Available from: <https://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>
 33. WHO - Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment [Internet]. 18th ed. 2015. Oslo; 2014. Available from: http://www.whocc.no/filearchive/publications/2015_guidelines.pdf
 34. EMA's Web Page [Internet]. Available from: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=/pages/medicines/landing/epar_search.jsp&murl=menus/medicines/medicines.jsp&mid=WC0b01ac058001d124&jsenabled=true
 35. INFARMED. Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde [Internet]. [cited 2015 Jun 1]. p. 1–23. Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_prescricao.pdf

ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES HIPERTENSOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - A NOSSA PRÁTICA

MONITORING HYPERTENSIVE PATIENTS IN PRIMARY HEALTHCARE - OUR PRACTICE

Filipa Godinho¹, Cláudia Andrade², Carla Silva³

¹ Interna 4º ano MGF, USF Santo António da Charneca – ACES Arco Ribeirinho – filipagodinho9@gmail.com

² Interna 4º ano MGF, USF Santo António da Charneca – ACES Arco Ribeirinho

³ Assistente e orientadora de MGF, USF Santo António da Charneca – ACES Arco Ribeirinho

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma doença com elevada prevalência na população portuguesa (42,2%, dados PHYSA). É fundamental um acompanhamento adequado desta população e o médico de família (MF) assume aqui um papel de destaque por ser o contacto preferencial dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde.

Desenvolvimento: Os números relativos à HTA reflectem-se na prática do MF, tornando necessário desenvolver o acompanhamento estruturado destes utentes. Atualmente existem consultas médicas, no mínimo semestrais, consulta de enfermagem anual e realização de exames complementares. A nova forma de funcionamento das unidades de saúde, com metas a atingir, evidenciou uma dualidade: oferecer cuidados a quem procura e procurar utentes que precisam de cuidados (convocação para consultas, reagendamento automático quando faltam, etc.). Ir ativamente ao encontro dos utentes é uma realidade. Em simultâneo, verifica-se um empenho cada vez maior dos MF no sentido de compreender melhor a patologia e suas repercussões e como atuar em concordância. Investe-se na formação recorrendo a orientações nacionais e internacionais e à participação em encontros de formação. Há ainda o esforço feito no sentido de responsabilizar os utentes pela sua saúde, capacitando-as através de ações formativas em vários moldes. Por fim, referir que na nossa prática constatamos diversas dificuldades na gestão dos utentes com HTA, principalmente no que respeita à prevenção da doença e suas complicações, cumprimento da vigilância e adesão à terapêutica.

Conclusão: A HTA é uma área com impacto na prática clínica do MF que levanta questões relativas ao seguimento destes utentes. Será que os cuidados oferecidos são os adequados? Seria desejável um investimento em equipas multidisciplinares? Com o aumento de utentes para cada MF torna-se mais complexo oferecer um bom acompanhamento destes utentes, garantindo também seguimento adequado a todos os outros, com as suas patologias crónicas e agudas.

Abstract

Introduction: Hypertension (HT) is a disease with high prevalence in the Portuguese population (42.2% PHYSA data). Adequate monitoring of this population is essential and the family physician (FP) assumes a prominent role considering that he is the preferred contact between the National Health Service and the patients.

Development: The prevalence of HT is reflected in FP practice, making it necessary to develop a structured follow-up of these patients. Currently there are medical visits at least every six months, annual nursing consultation and complementary tests. The new way of functioning of health facilities, with goals to reach, showed a duality: provide care to the ones who search for it and find patients who need care (call for medical appointment, automatic rescheduling when missing, etc.). Simultaneously, there is a growing commitment of MF to better understand the disease and its effects and how to act accordingly. There is an investment in studying through the national and international guidelines and participation in training meetings. There is also the effort to make patients responsible for their health, empowering them through training activities in different formats. Finally, mention that in our practice we face many difficulties in the management of patients with HT, especially with regard to prevention of the disease and its complications, monitoring compliance and adherence to therapy.

Conclusion: HT is an area with a real impact on clinical practice of FP which raises questions about the way of monitoring patients. Does the care offered appropriate? An investment in multidisciplinary teams would be desirable? With the increase of patients for each PF it becomes more complex to offer good follow-up of these patients also ensuring appropriate follow-up to all the others, regarding its chronic and acute conditions.

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é uma doença com elevada prevalência na população portuguesa. Segundo dados do estudo PHYSA¹, existem cerca de 42,2% de portugueses hipertensos.

Assim, é fundamental um acompanhamento adequado desta população e o médico de família (MF) assume aqui um papel de destaque por ser o contacto preferencial dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde.



Desenvolvimento

Os números relativos à HTA reflectem-se na prática do MF, tornando necessário desenvolver o acompanhamento estruturado destes utentes. De facto, existem na Unidade de Saúde Familiar de Santo António da Charneca (USF SAC) 3176 utentes com diagnóstico e codificação de HTA, 21% do número total de utentes da unidade, o que perfaz uma média de 397 por cada MF.

Tendo em conta as possíveis consequências em termos de morbimortalidade associadas à HTA e os elevados custos individuais, sociais e económicos que daí poderão resultar, foram desenvolvidos planos de acompanhamento dos utentes com esta patologia, a nível nacional. Esse programa de acompanhamento está integrado no novo modelo de funcionamento das unidades de saúde que, entre outras coisas, prevê o cumprimento de objetivos e indicadores contractualizados² no início de cada ano. Actualmente, existem um conjunto de estratégias que promovem um acompanhamento adequado dos utentes, exemplificadas no quadro 1.

Quadro 1 – Actividades desenvolvidas no âmbito do acompanhamento de utentes com HTA^{3,4,5}

Semestralmente:

- Consulta médica
- Renovação de receituário sempre que necessário
- Medição da TA semestral em consultório e avaliação de registos de ambulatório conforme valor alvo
- Rever adesão à terapêutica, exercício físico e dieta

Anualmente:

- Consulta de enfermagem
- Medição do peso e cálculo do IMC
- Estudo analítico que inclua perfil lipídico, creatinina/ taxa de filtração glomerular, microalbuminúria, ionograma e glicémia.
- Avaliação do risco cardiovascular através da ferramenta SCORE
- Avaliação dos hábitos alcoólicos e tabágicos.

Por forma a garantir que estes objetivos são cumpridos quer pela unidade prestadora de cuidados de saúde quer pelo próprio utente, são desenvolvidas estratégias complementares que passam pelo agendamento da próxima consulta pelo próprio médico no acto da consulta; existência de um horário definido para esta consulta; reagendamento de consulta quando os utentes faltam, com aviso telefónico ou via carta; consultas mais frequentes se não conseguido o controlo desejado; consulta no domicílio para utentes com mobilidade comprometida; possibilidade de consulta não presencial para observação de exames; estudo da lista de utentes, com identificação dos que não cumpriram os objetivos preconizados, procedendo-se à sua convocação. Esta nova forma de funcionamento das unidades de saúde, evidenciou uma dualidade: oferecer cuidados a quem procura e procurar utentes que precisam de cuidados. Portanto ir activamente ao encontro dos utentes é uma realidade.

A educação para a saúde é uma das áreas de excelência nos CSP. Tem sido feito um esforço no sentido de responsabilizar os utentes

pela sua saúde, capacitando-os através de ações formativas em vários moldes. No acto da consulta são fornecidos formulários para registo regular da tensão arterial (TA) com instruções para correcta medição e valores de referência adequados a cada utente, estimula-se a adesão à vigilância, a estilos de vida saudáveis e à terapêutica, incluindo entrega de informação escrita. Para além disso, e com a população geral da USF como público alvo, são desenvolvidas actividades como por exemplo a comemoração do dia da HTA e sessões de formação e esclarecimento em grupo.

Em simultâneo, verifica-se um empenho cada vez maior dos MF no sentido de compreender melhor a patologia e suas repercussões e como atuar em concordância. Investe-se na formação individual recorrendo a orientações nacionais (designadamente normas da DGS), orientações europeias, cursos online e presencias certificados; e formação de grupo com discussão de casos clínicos, reuniões científicas locais e encontros nacionais. Na prática clínica diária constatamos diversas dificuldades na gestão dos utentes com HTA, apesar das ações globais e abordagem holística dos utentes, principalmente no que respeita à prevenção da doença e suas complicações, cumprimento da vigilância e adesão à terapêutica, quer por motivos económicos quer por desvalorização da doença em questão, devido à ausência de sintomas e carácter silencioso da doença. Para além do já referido, o estabelecimento de uma relação médico-doente e comunicação eficientes são essenciais ao cumprimento dos objectivos propostos.

Conclusão

A HTA é uma área com impacto na prática clínica do MF que levanta questões relativas ao seguimento destes utentes. Será que os cuidados oferecidos são os adequados? O investimento em equipas multidisciplinares é essencial no acompanhamento destes utentes. De facto, o bom controlo tensional e a prevenção das complicações cardiovasculares só serão conseguidas se houver comprometimento por parte dos utentes, quer nas mudanças de estilo de vida quer na adesão à terapêutica e vigilância regular, que não poderá ficar restringida à consulta médica. Na verdade, com o aumento de utentes por MF torna-se cada vez mais complexo oferecer um bom acompanhamento a estes utentes, tendo em conta os indicadores actualmente em vigor, garantindo também seguimento adequado a todos os outros, com as suas patologias crónicas e agudas.

Bibliografia

- 1- 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. Journal of hypertension 2014, 32: 1211-1221
- 2- ACSS; Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários propostos para o ano de 2015; Janeiro 2015.
- 3- USF Santo António da Charneca. Regulamento Interno – Triénio 2015-2017; USF Santo António da Charneca. Plano de Ação- triénio 2015-2017;
- 4- Hipertensão arterial- norma 026/2011 –, direção geral de saúde.
- 5- Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial – circular normativa Nº: 2/DGCG de 31/03/04, direção geral de saúde;

A ANSIEDADE E O CONTROLO GLICÉMICO NA DIABETES MELLITUS - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

ANXIETY AND GLYCAEMIC CONTROL IN DIABETES MELLITUS – AN EVIDENCE BASED ON MEDICINE REVISION

Joana Guerra¹, Ana Sardo¹, Susana Pereira Costa²

¹ Interno Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, ARS Algarve, ACES Central, USF Mirante

² Médica Especialista de Medicina Geral e Familiar, ARS Algarve, ACES Central, USF Mirante

Resumo

Introdução: A prevalência da Diabetes Mellitus (DM) tem aumentado na população mundial, estando associada a um risco cardiovascular aumentado e a complicações físicas e psicológicas. Estas últimas são inerentes à educação requerida, à monitorização médica frequente e ao próprio stress relacionado com a patologia. **Objetivos:** Determinar a influência da ansiedade nos valores de hemoglobina glicada (HbA1c) em doentes com DM tipo 1 e 2. **Metodologia:** Foi efetuada uma revisão baseada na evidência utilizando a metodologia PICO: P – Doentes com DM tipo 1 e 2, I – Observação da presença de Ansiedade, C – Sem ansiedade, O – HbA1c. Foram pesquisados todos os tipos de artigos no motor de busca Pubmed, com os termos Mesh Diabetes e Anxiety, aplicando o operador booleano AND. Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados nos últimos 10 anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, cujos títulos contivessem as palavras utilizadas na pesquisa. Os critérios de exclusão abrangeram artigos que não incluíssem a avaliação da HbA1c, os inerentes à Diabetes Gestacional e aqueles cujos objetivos fossem relacionar o desenvolvimento de ansiedade face ao uso de agulhas e ao receio de hipoglicemias. Aos artigos incluídos foi aplicada a escala de avaliação da qualidade de evidência SORT. **Resultados:** Foram selecionados seis artigos. A ansiedade foi associada a um aumento dos sintomas e complicações da DM e a piores níveis glicémicos. Associações positivas e significativas foram encontradas entre a DM e quer os distúrbios de ansiedade, quer os sintomas de ansiedade, nomeadamente os subclínicos que têm grande representatividade nos cuidados de saúde primários. Os doentes com depressão apresentaram valores superiores de HbA1c, comparativamente aos doentes com distúrbios de ansiedade, sendo que um artigo não demonstrou relação entre a ansiedade e o controlo glicémico. **Discussão:** Na DM, a ansiedade (clínica ou subclínica) está associada a valores superiores de HbA1c, sugerindo um pior controlo e a necessidade de medidas adicionais de averiguação do impacto da ansiedade no decorrer na DM. Assim, os profissionais de saúde devem prestar intervenções no sentido de promover nos doentes suporte educativo e psicossocial.

Palavras-chave:
Diabetes Mellitus,
Ansiedade, HbA1c,
Cardiovascular

Abstract

Introduction: The prevalence of Diabetes Mellitus (DM) is increasing in the world's population, associated to an increased cardiovascular risk and to physical and psychological complications. The last ones are related to the required education, to frequent medical vigilance and to the stress inherent to the pathology. **Objectives:** To determine the influence of the anxiety on the glycated haemoglobin (HbA1c) in patients with DM types 1 and 2. **Methods:** An evidence based medicine revision was performed, with the PICO methodology: P – patients with DM 1 and 2, I – observation of anxiety, C – without anxiety, O – HbA1c. All types of articles were searched in the Pubmed database with the Mesh Terms Diabetes and Anxiety, applying the AND Boolean operator. Inclusion criteria included articles published in the last ten years, in both the Portuguese, Spanish and English languages, whose titles contained the words used in the bibliographic search. Articles that did not include the evaluation of the HbA1c were excluded, as well as those which were related to the Gestational Diabetes and those which the aims were to connect the anxiety development with the fear of using needles and hypoglycaemia. The quality of evidence evaluation scale SORT was applied to the included articles. **Results:** Six articles were selected. Anxiety was associated with an increase in DM symptoms and complications and to a poorer glycaemic control. Positive and significant associations were found between DM and either anxiety disturbs and anxiety symptoms, namely the subclinical that have great representativity on the primary health care. Patients with depression presented higher values of HbA1c when compared with the ones who have anxiety disturbs. One article did not show a relationship between anxiety and the glycaemic control. **Discussion and Conclusion:** In DM, anxiety (clinical and subclinical) is related to higher HbA1c values, suggesting a poorer control and the need of additional measures of ascertainment of the anxiety impact on the disease's progression. Thus, health professionals must render interventions on patients that promote educational and psychosocial support. DASH diet.

Introdução

Os avanços na Medicina possibilitaram o controlo de doenças

agudas e muitas vezes incuráveis, resultando no aparecimento de condições crónicas que implicam uma abordagem



constante e de proximidade com o doente ⁽³⁾. Para além disso, fatores ambientais como a poluição e estilos de vida erróneos (sedentarismo, excesso de alimentação), áreas de grande intervenção a nível dos cuidados de saúde primários, contribuíram também para o aparecimento das referidas doenças ⁽³⁾. Desta forma, a prevalência de patologias crónicas, nomeadamente a Diabetes Mellitus (DM), tem aumentado progressivamente a nível mundial ⁽³⁾ com estimativas recentes a sugerir que 366 milhões de pessoas estão afetadas por esta doença ⁽¹⁾.

A DM está associada a um aumento do risco do risco cardiovascular e de complicações físicas e psicológicas, ambas com impacto na mortalidade ⁽¹⁾. Estas últimas são inerentes à considerável educação requerida nestes doentes, à frequente monitorização médica e ao próprio stress inerente à patologia (fatores de risco, complicações, absentismo, mortalidade, tratamentos e custos associados) ⁽³⁾ ⁽⁴⁾. Condições comuns associadas à DM são a depressão clínica e subclínica, os distúrbios de ansiedade e o stress inerente à patologia ⁽⁴⁾.

Embora a depressão seja o distúrbio psicológico relacionado com a diabetes mais estudado, com uma meta-análise a indicar que doentes com DM apresentam um risco duas vezes superior de serem diagnosticados com depressão comparativamente às pessoas que não apresentam DM ⁽¹⁾, a ansiedade apresenta uma das maiores prevalências na população em geral, com uma prevalência estimada de 12 a 21% ⁽¹⁾. Na verdade, para além da depressão, pouca pesquisa tem sido efetuada em outras áreas psicológicas relacionadas com a DM, particularmente a ansiedade. São, contudo, conhecidos os efeitos adversos da ansiedade na DM, obesidade e outras patologias crónicas ⁽¹⁾.

A escolha do tema para efetuar esta revisão assentou no facto da elevada prevalência de ambas as patologias na sociedade portuguesa (estilos de vida e contexto socio-económico-cultural do país), pela DM constituir um grupo de risco de vigilância periódica nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e pela ansiedade se apresentar como uma causa de grande consumo de recursos, não só a nível de tempo (consumo de consultas) mas também económico (medicação e agravamento das comorbilidades existentes). O objetivo deste estudo consistiu em determinar a influência da ansiedade nos valores de hemoglobina glicada (HbA1c) em doentes com DM tipo 1 e 2.

Metodologia

A pergunta de investigação foi construída com base na metodologia PICO: Problema/População – Intervenção – Comparação – *Outcome*/Resultados. A População definida foram os doentes com DM tipo 1 e 2, a Intervenção efetuada a observação da presença de ansiedade, a Comparação a não presença de ansiedade e os Resultados o valor de HbA1c. Foram pesquisados todos os tipos de artigos no motor de

Pubmed, utilizando os Termos Mesh *Diabetes* e *Anxiety*, com o operador booleano *AND*. Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados nos últimos 10 anos, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa e que cujos títulos contivessem as palavras utilizadas na pesquisa bibliográfica. Foram excluídos artigos que não incluíssem a avaliação da HbA1c, os inerentes à Diabetes Gestacional e aqueles cujo objetivo fosse relacionar o desenvolvimento de ansiedade face ao uso de agulhas e ao receio de desenvolvimento de hipoglicémias. Aos artigos incluídos foi aplicada a escala de avaliação da qualidade de evidência SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*).

Resultados

Dos vinte artigos obtidos, seis foram selecionados consoante os critérios de inclusão e exclusão anteriormente referidos: duas revisões sistemáticas (uma com realização de meta-análise) e quatro estudos observacionais – um prospetivo de uma cohort e três transversais.

Os distúrbios de ansiedade analisados estavam inseridos na classificação *DSM IV/ WHO WMH-CIDI (World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview)* – distúrbio de pânico, distúrbio obsessivo-compulsivo, stress pós-traumático, distúrbio ansiedade generalizada, agorafobia, fobia específica e fobia social – e nas apresentações subclínicas não específicas – estado de ansiedade, traço de ansiedade, sintomas adrenérgicos ^(1, 2, 4, 5). Há uma associação positiva e significativa entre a DM e os distúrbios de ansiedade (nível de evidência 1 ^(1, 2) e nível de evidência 2 ^(3, 4, 5)), relação esta também presente com os sintomas de ansiedade, nomeadamente os subclínicos (nível de evidência 1 ^(1, 2)). Estes últimos, embora menos severos, estão associados a menor capacidade funcional e pior qualidade de vida, tendo uma grande representatividade nos CSP e constituindo um consumo despropositado de recursos (nível de evidência 1 ⁽²⁾).

A ansiedade está associada a um aumento dos sintomas e complicações da DM (nível de evidência 1 ⁽¹⁾ e nível de evidência 2 ^(3, 4, 5)) – aumento da dor, adoção de comportamentos não saudáveis, aumento de Índice de Massa Corporal, com relação com obesidade, maior incapacidade e pior adesão à terapêutica. A ansiedade está também associada a piores níveis glicémicos e ou valores superiores de HbA1c (nível 1 de evidência 1 ^(1, 2) e nível de evidência 2 ⁽⁵⁾). É igualmente referida uma fraca associação mas com tendência positiva entre a ansiedade e os valores de HbA1c (nível de evidência 1 ⁽¹⁾). O tratamento da ansiedade está associado a melhoria no controlo glicémico (nível de evidência 1 ⁽²⁾). Um artigo refere ainda que níveis de ansiedade ligeiro-moderados podem ser protetores, no sentido de promoverem uma autoavaliação mais ativa, com autovigilância e focalização da educação prestada (nível de evidência 2 ⁽⁵⁾).

É referida a dificuldade em definir a direccionalidade da relação

DM – Ansiedade (nível de evidência 1^(1,2) e nível de evidência 2⁽⁵⁾), com a possibilidade de uma patologia como a DM poder levar a um aumento da probabilidade de desenvolver ansiedade pelo conhecimento dos sintomas, complicações e progressão da doença, ansiedade secundária à hiperglicemia ou a outras anomalias neuro-hormonais inerentes à DM Ansiedade^(1,2). Por outro lado, a ansiedade poder levar a um aumento do risco de desenvolver/agravamento da DM – interferindo com a adesão terapêutica⁽⁵⁾, pelo efeito direto da medicação ansiogénica na glicose⁽²⁾ ou aumentando a atividade adrenérgica^(1,2).

A ansiedade e a depressão coexistem muitas vezes na DM (nível de evidência 1⁽²⁾ e nível de evidência 2^(4,6)), estando a primeira associada a um aumento da gravidade dos sintomas depressivos⁽⁶⁾. A maioria dos doentes com DM com diagnóstico de depressão não apresenta verdadeiramente uma depressão clínica mas sim sofrem de altos níveis de stress inerentes à DM (nível de evidência 2⁽⁴⁾). A depressão e o stress inerente à DM estão associados a valores superiores de HbA1c, comparativamente aos doentes com distúrbios da ansiedade (nível de evidência 2^(4,6)).

A ansiedade está registada em doentes com doença mental severa e DM2, sendo que está associada a diminuição funcional do doente (nível de evidência 2⁽⁶⁾). Nos doentes com doença mental severa e DM2, os valores de HbA1c não são significativamente diferentes entre os doentes com ou sem ansiedade. Da mesma forma, nesta população, apresentar múltiplos distúrbios de ansiedade não está associado a diferenças no controlo da DM2, estando a depressão associada a valores superiores de HbA1c, comparativamente aos doentes com distúrbios da ansiedade (nível de evidência 2⁽⁶⁾).

Os cuidados ao doente com DM devem abordar o seu bem-estar físico, psicológico, social e económico (nível de evidência 2⁽³⁾), sendo importante avaliar o seu estado mental e as estratégias de coping individuais. As estratégias focadas no problema – aceitação, reforço positivo, espiritualidade e religião, planeamento, suporte instrumental e coping ativo – resultam numa diminuição da ansiedade, depressão e falta de esperança, estimulam as funções psicológicas e contribuem para a adaptação à doença, satisfação com a vida e melhor qualidade de vida. Os doentes mais jovens, do género feminino e com mais comorbilidades requerem especial atenção clínica (nível de evidência 2⁽⁴⁾), sendo que a avaliação ao doente deve ser prestada em visitas sucessivas e de modo continuado, e não apenas em um ponto de evolução de contacto único com o doente (nível de evidência 2⁽⁴⁾).

Discussão

Na DM, a ansiedade (clínica ou subclínica) está associada a valores superiores de HbA1c, sugerindo um pior controlo e a necessidade de medidas adicionais de averiguação do impacto da ansiedade no decorrer na DM, nomeadamente a

nível da consulta de Enfermagem e/ou Médica. A elaboração de uma entrevista dirigida para a temática da ansiedade e suas consequências, através da observação clínica dirigida a sinais/sintomas de ansiedade e da formulação de perguntas abertas aquando da mesma, constituem medidas de avaliação da presença de ansiedade do doente com DM, permitindo o seu estudo e correlação com a clínica e valores de HbA1c registados. A aplicação de questionários de autoavaliação permite também a abordagem ao estado mental do doente, nomeadamente através da perceção (quer para o doente quer para o profissional de saúde) das características do seu humor, cognição, comportamento, sintomas somáticos, entre outros.

O conhecimento e confrontação com os resultados obtidos nesta investigação clínica possibilita, então, a planificação de estratégias de ação e coping ativo face à ansiedade, resultando num acompanhamento do doente mais completo e numa melhor adaptação à patologia pelo mesmo.

Para além da ansiedade, também a depressão é muito frequente nestes doentes, podendo existir concomitantemente. Assim, doentes com DM devem ser avaliados quanto à presença de distúrbios/sintomas de ansiedade e de depressão, com uma abordagem direcionada para cada uma destas condições (isoladamente ou em conjunto).

Por outro lado, a literatura demonstra também uma maior relação entre a depressão e o controlo glicémico, comparativamente à ansiedade. Tal conclusão pode advir do facto de existirem mais estudos sobre a depressão na DM, relativamente à ansiedade, levando portanto a um maior número de resultados que associam a depressão a um pior controlo da patologia.

Uma das limitações deste estudo assenta no reduzido número de estudos incluídos com as condições referidas. Como já referido anteriormente, a depressão é a patologia psicológica associada à DM mais estudada, não existindo muita literatura acerca da relação com a ansiedade.

A ambiguidade da direccionalidade da relação ansiedade – DM constitui outra limitação deste estudo. A ansiedade causa alterações no controlo glicémico da patologia, alterações estas relacionadas com aspetos comportamentais do indivíduo e fisiológicos da doença – a insulina é fortemente inibida pela hormona do stress epinefrina. Simultaneamente, a própria DM e suas consequências podem levar ao desenvolvimento de alterações psicológicas, como a ansiedade. Desta forma, embora o conhecimento desta mútua influência possa ser constituir uma limitação ao objetivo deste estudo, esta reciprocidade sublinha a importância da avaliação do estado mental do doente, sendo inquestionável (segundo os resultados desta revisão) a influência da ansiedade no controlo e evolução da DM.

Outra limitação deste estudo consiste nas diferentes escalas de avaliação de distúrbios de ansiedade e de stress usados pelos estudos incluídos, com a aplicação de diferentes designações e nomenclaturas, assim como variações individuais de ansiedade. Tal tem implicações a nível da homogeneidade dos resultados



e interpretação da literatura. Para além disso, diferentes tempos de diagnóstico de ansiedade foram aplicados nos estudos, o que influencia a comparação entre os mesmos.

Não obstante a estas limitações, os resultados desta revisão sobre a associação da ansiedade com um pior controlo da DM têm importantes implicações clínicas na população com DM. As recomendações da Federação Internacional da Diabetes suportam a expansão do rastreio e avaliação de problemas psicológicos no doente com DM, sendo que esta revisão vem de encontro a esta conclusão, reforçando a sua importância.

Conclusão

A literatura demonstra uma associação entre a existência de ansiedade no doente com DM e um pior controlo glicémico da sua patologia. Tal, vem demonstrar a necessidade de avaliação da presença de ansiedade, quantificação do seu nível e suas consequências, quer no comportamento individual quer na fisiopatologia da doença. Esta avaliação deve ser efetuada ao longo do acompanhamento do doente e não apenas em um contacto pontual, de forma a efetuar um estudo mais completo e personalizado do doente, obtendo um perfil mais correto e permitindo uma abordagem mais dirigida ao mesmo. Desta forma, os CSP, caracteristicamente de proximidade e continuidade, encontram-se numa posição privilegiada para esta abordagem, podendo através de equipas multidisciplinares possibilitar a prestação de suporte educativo e psicossocial à população com DM.

Bibliografia

- 1 Smith, Kimberley J et al, Association of Diabetes with Anxiety: A Systematic Review and Meta-analysis, Journal of Psychosomatic Research, 2012
- 2 B., Allison et al, Prevalence of Anxiety in Adults with Diabetes – A Systematic Review, Journal of Psychosomatic Research, 2002
- 3 Tuncay, Tarik et al, The Relationship Between Anxiety, Coping Strategies and Characteristics of Patients with Diabetes, Health and Quality of Life Outcomes, 2008
- 4 Fisher, L. et al, A Longitudinal Study of Affective and Anxiety Disorders, Depressive Affect and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes, National Institutes of Health, 2008
- 5 Herzer, Michele et al, Anxiety Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes: Association with Blood Glucose Monitoring and Glycemic Control, Journal of Pediatric Psychology, 2009
- 6 LA, Bajor et al, Associations Between Comorbid Anxiety, Diabetes Control and Overall Medical Burden in Patients with Serious Mental Illness and Diabetes, International Journal of Psychiatry in Medicine, 2015

EVIDÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DA CRONOTERAPIA NA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR EVENTOS CARDIOVASCULARES

EVIDENCE OF THE USE OF CHRONOTHERAPY IN REDUCING MORBIDITY AND MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR EVENTS

Mariana Ramos¹, Cláudia Sofia Pereira²

¹ Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Arquis Nova

² Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF UarcoS

Endereço correio eletrónico: marianalimaramos@gmail.com, claudiasofiapereira26@gmail.com

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são em Portugal, a principal causa de morte. Sabendo que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre no período da manhã, surgiu a dúvida se a toma de anti-hipertensores no período noturno possui alguma influência na morbimortalidade por DCV.

Objetivo: Estudar de que forma a cronoterapia, neste caso a toma de anti-hipertensores no período noturno, influencia a morbimortalidade por DCV.

Métodos: Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas (RS), metanálises e estudos originais publicados entre 2005 e 2015, em inglês e português, utilizando as palavras-chave hypertension e chronotherapy na MEDLINE, National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder, Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase, The Cochrane Library, Clinical Evidence e DARE. Para avaliação dos níveis de evidência e atribuição das forças de recomendação foi usada a escala Strength of Recommendation Taxonomy (SORT), da American Academy of Family Physicians. Foram incluídos estudos com doentes hipertensos com idade superior a 18 anos. Foram excluídos estudos referentes a HTA em grávidas ou puérperas, e estudos com mais de 10 anos após a data de publicação.

Resultados: Foram encontrados 23 artigos, tendo sido selecionados 6 RS. A maioria dos artigos incluídos sustenta que a cronoterapia reduz Pressão Arterial (PA) ao longo das 24h. Em relação aos fármacos a utilizar, os resultados são díspares: artigos que apresentam evidência para redução mais acentuada com os diuréticos e alfa-bloqueantes (NE: 2), outros que recomendam Inibidores da enzima da conversora da Angiotensina ou Antagonista do recetor da aldosterona (NE: 2). Em relação aos doentes com doença renal crónica, a utilização de cronoterapia demonstrou evidência na redução no número de eventos cardiovasculares (NE: 2). Há também alguma evidência que sugere que diminuição da TA noturna se relaciona com redução de marcadores subclínicos como a lesão renal ou vascular e a hipertrofia ventricular cardíaca. (NE: 2).

Conclusões: São necessários mais estudos a clarificar o papel da cronoterapia na redução da TA durante as 24 horas, bem como, a sua eficácia na redução do risco cardiovascular. Desde modo, a decisão quanto a utilização da cronoterapia deve ser considerada numa base individual.

Abstract

Introduction: In Portugal, cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death. Knowing that most cardiovascular events occur in the morning, came to doubt if the antihypertensive therapy administered at night has some influence on morbidity and mortality from CVD. Thus arose a question that can change clinical practice.

Objective: Studying how the chronotherapy, taking antihypertensives at night, influence morbidity and mortality from CVD.

Methods: Clinical guidelines, systematic reviews (SR), meta-analyzes and original studies were researched between 2005 and 2015, in English and Portuguese, using keywords hypertension and chronotherapy in MEDLINE, National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder, Canadian Medical Association Practice guidelines Infobase, The Cochrane Library, Clinical Evidence and DARE. To evaluate the level of evidence and recommendation allocation of forces was used the Strength of Recommendation Taxonomy (SORT), of the American Academy of Family Physicians. The population included was patients with hypertension over 18 years of age. Were excluded studies regarding hypertension in pregnant or postpartum women and studies with more than 10 years.

Results: Of the 23 articles, 6 articles met the inclusion criterion. Most articles included claims that chronotherapy reduces Blood Pressure (BP) over the 24 hours. Concerning drugs to be used, the results are mixed: articles that exhibit evidence for stronger reduction with diuretics and alpha blockers (LE: 2), others recommend Enzyme Inhibitors Angiotensin-Converting or Antagonist of Aldosterone receptor (LE: 2). For patients with chronic kidney disease, the use of chronotherapy showed evidence the reduction in the number of cardiovascular events (LE: 2). There is also some evidence to suggest that decreased night BP relates to reduction subclinical renal injury markers such as vascular or cardiac ventricular hypertrophy. (LE: 2).

Conclusion: Further studies are needed to clarify the role of chronotherapy for reducing BP for 24 hours, as well as its efficacy in reducing cardiovascular risk. In this way, the decision on the use of chronotherapy should be considered on an individual basis.



Introdução

Em Portugal, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte, responsáveis por 32% do total dos óbitos. (1) Segundo o estudo português, “The PAP study”, 42% das pessoas são hipertensas. (2) A Hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência necessita de adequada vigilância e terapêutica. (3)

Os valores de pressão arterial (PA) possuem variações que se alteram com o ritmo circadiano. Os valores da PA em ambulatório são um melhor preditor de eventos cardiovasculares em relação à medição no consultório. (4, 5)

Atendendo às alterações ao longo das 24 horas nos valores de PA, foram consideradas as categorias de *dipping*, *nondipping*, *reverse dipping* e *extreme dipping*. De acordo com o declínio da PA no período noturno em relação com o diurno, foram classificados como *dippers* aqueles com redução entre 10 a 20%, *nondippers* com declínio de 0 a 10%, *reverse dippers* sem diminuição e *extreme dippers* com declínio superior ou igual a 20%. Os doentes que se encaixam na categoria de *nondippers* são aqueles com maior risco de mortalidade. (6)

Os fármacos anti-hipertensores são maioritariamente administrados durante o período da manhã, após o levante, sendo essa a abordagem mais utilizada nos estudos realizados. No entanto, é determinante conhecer a farmacocinética e farmacodinâmica do fármaco utilizado, para que se possa melhorar o controlo da PA nas 24 horas. (7)

Baseado na classificação anterior e no prognóstico que pode estar associado a cada grupo, sabendo que determinados eventos CV podem ocorrer algumas horas após o levante, pelo aumento dos valores da PA (*morning surge*), alguns estudos começaram a aplicar a cronoterapia no tratamento da HTA. (8) Com a cronoterapia pretende-se melhorar o controlo da doença e minimizar efeitos adversos, através da alteração do tempo de administração do fármaco.

Portanto, com esta revisão baseada na evidência, pretendemos avaliar de que forma a toma do anti-hipertensor no período noturno influencia a morbimortalidade por eventos cardiovasculares.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica dos termos MeSH *hypertension AND chronotherapy* em setembro de 2015. As bases de dados consultadas foram de *National Guideline Clearinghouse*, *National Electronic Library NHS*, *The Cochrane Library*, *DARE*, *Bandolier* e *PubMed*. Foram pesquisadas *guidelines*, meta-análise (MA), revisão sistemática (RS) e ensaio clínico aleatorizado controlado (ECAC), publicados entre setembro de 2005 e setembro de 2015, nas línguas portuguesa e inglesa. Foram respeitados os seguintes critérios de elegibilidade dos estudos:

- População: Doentes hipertensos com idade superior ou igual a 18 anos.
- Intervenção: Administração de medicação anti-hipertensora ao

deitar.

- Comparação: Administração de medicação anti-hipertensora durante o período da manhã.

- Outcome: Diminuição do número de eventos cardiovasculares major e da mortalidade.

Para além disso, foram considerados critérios de exclusão:

- A presença de hipertensos noutras faixas etárias para além da definida nos critérios de elegibilidade, nomeadamente, na idade pediátrica.

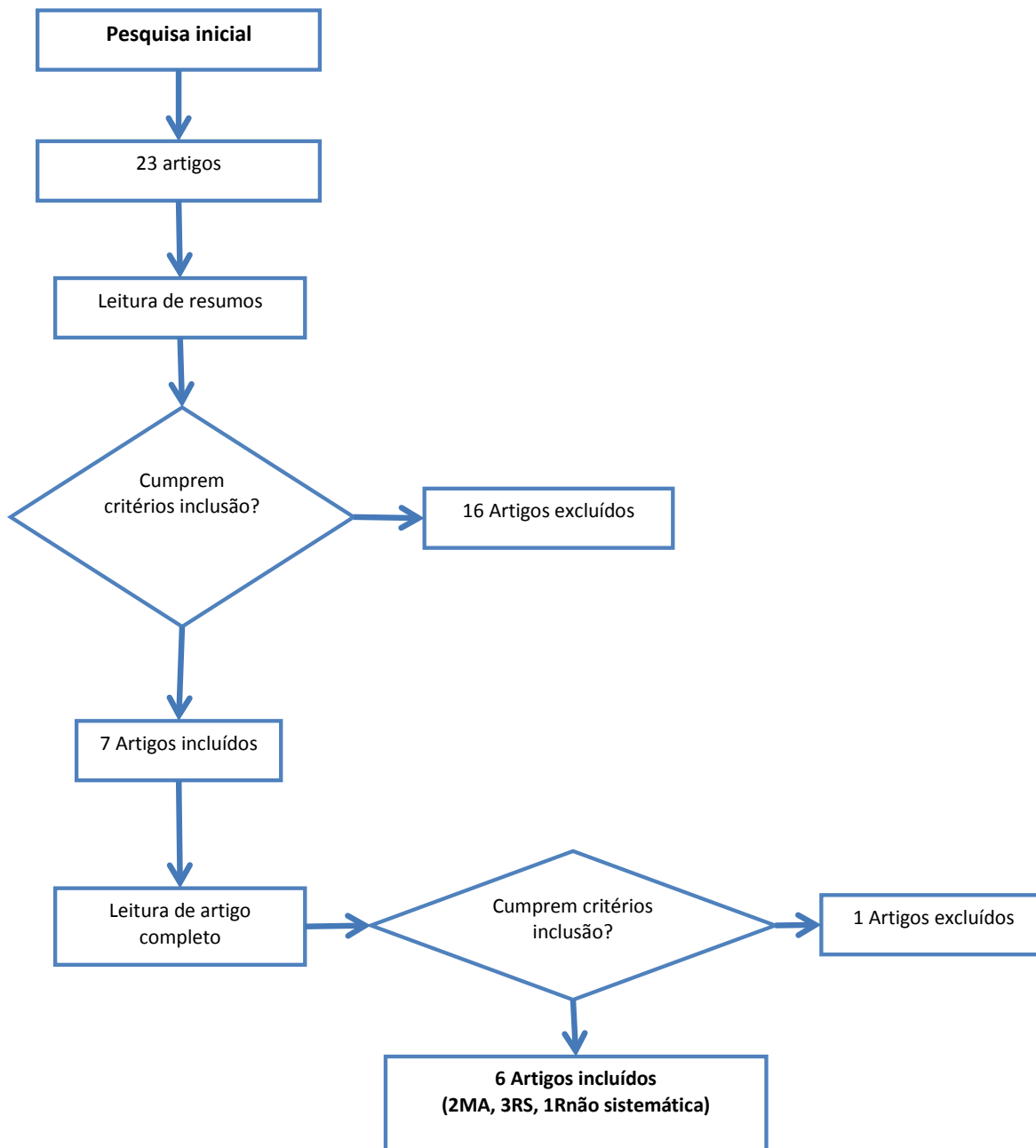
- A não utilização de tratamento farmacológico na redução da PA.
- Exclusão de artigos referentes a Hipertensão em grávidas ou puérperas.

Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e atribuição de forças de recomendação (FR) foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Family Physician*.

Resultados

Na pesquisa bibliográfica inicial obtiveram-se 23 artigos, sendo que se reviram 6 artigos completos (2 MA, 3RS, 1R não sistemática). A seleção dos mesmos, encontra-se descrita no fluxograma I e os resultados estão sumariados no quadro I.

Numa das meta-análises incluídas, *Zhao P et al* (9) foram analisados 21 ensaios clínicos aleatorizados e controlados que comparavam a administração noturna de anti-hipertensor com a administração durante o período da manhã de várias classes de fármacos anti-hipertensores em doentes com Hipertensão essencial. Segundo esta MA, a administração de anti-hipertensor à noite reduz a Pressão arterial sistólica durante as 24 horas em cerca de -1,71 mmHg, sendo esta diminuição estatisticamente significativa, apesar de existir uma elevada heterogeneidade. Esta heterogeneidade explica-se pelas diferenças encontradas pelas diferentes classes de fármacos, sendo que os Antagonistas da Aldosterona (ARA), os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) e os Antagonistas do Cálcio têm um efeito semelhante entre si. No entanto, a administração de diuréticos à noite (resulta numa diminuição de -6,22 mmHg na Pressão arterial sistólica durante as 24 horas) ou de alfa-bloqueantes (traduz-se numa diminuição de -5,10 mmHg na Pressão arterial sistólica durante as 24 horas) são as classes de fármacos que têm, sendo este estudo, maior potencial de redução da Pressão arterial sistólica. Em relação, a redução da Pressão arterial diastólica, a administração noturna de anti-hipertensor traduz numa redução de -1,38 mmHg durante as 24 horas, mais uma vez este resultado é estatisticamente significativo, mas com elevada heterogeneidade. As classes mais indicadas na redução da Pressão arterial diastólica continuam a ser os diuréticos e os alfa-bloqueantes, cuja administração se traduz numa redução durante as 24 horas de -5,60 mmHg e -2,70 mmHg respetivamente. Uma das preocupações com a administração de anti-hipertensores à noite é a existência de efeitos secundários, o que não se verificou. Em suma, nesta MA, a cronoterapia demonstrou reduzir a pressão arterial sistólica e diastólica durante as 24 horas, sendo os



Fluxograma I. Processo de seleção dos artigos.

Legenda: MA – Meta-análise; RS: Revisão Sistemática; Rnão sistemática: Revisão não sistemática

diuréticos e alfa-bloqueantes os fármacos mais eficazes para serem administrados como cronoterapia. (NE 2)

Na outra meta-análise incluída, *Schillaci G et al* (10) foram 31 ensaios clínicos aleatorizados e controlados que comparavam a administração de anti-hipertensores à noite com a administração durante o período da manhã, em doentes com Hipertensão

arterial essencial com mais de 18 anos. O estudo demonstrou que a administração de anti-hipertensor à noite reduziu a Pressão arterial sistólica e diastólica de forma estatisticamente significativa, durante as 24 horas, em -1,59 mmHg e em -1,13 mmHg, respetivamente. A administração de IECA's ou Antagonistas do Cálcio durante o período noturno não demonstrou diferenças. Já

a administração de diuréticos à noite permitiu uma redução de -5,53 mmHg na Pressão arterial sistólica e de -4,28 mmHg na Pressão arterial diastólica durante as 24 horas. A administração de ARA's durante o período noturno não reduziu de forma significativa a Pressão arterial sistólica, no entanto, reduziu a Pressão arterial diastólica em -1,12 mmHg durante as 24 horas (estatisticamente significativo). Após um período de seguimento de 5,6 anos, o grupo de doentes em que houve a administração de medicação anti-hipertensora à noite demonstrou uma redução significativa de eventos cardiovasculares (NE 2), apesar de com o tempo a diferença entre a Pressão arterial sistólica e diastólica nos dois grupos se esbater. Portanto, nesta MA, a administração de diuréticos no período noturno está associado a redução da pressão arterial sistólica nas 24 horas (NE 2). Por outro lado, a cronoterapia parece melhorar as complicações cardiovasculares da Hipertensão arterial (NE 2). No entanto, estas conclusões necessitam de ser confirmadas através de estudos multicêntricos, duplamente cegos, randomizados e que englobem grandes populações de doentes.

Na revisão sistemática que incluía 4 ECAC, *Stranges PM et al* (11), conclui-se que a cronoterapia é segura e permite um maior controlo da Pressão arterial. Por outro lado, reverte mais doente para um padrão *dipper*, o que permite reduzir significativamente a mortalidade e morbilidade cardiovascular. (NE 2). Por outro lado, apresenta estudos que demonstram que a cronoterapia se relaciona com a redução da proteinúria e com a diminuição do declínio da Taxa de Filtração Glomerular (NE 2). Parece haver também evidência de alguns estudos que esta pratica se traduz na redução da deterioração da disfunção ventricular esquerda (NE 2). Quanto as classes de fármacos que demonstraram maior evidência de redução do risco cardiovascular com a administração em cronoterapia, estas foram os IECA's e os ARA's (NE 2). Em suma, esta revisão sistemática recomenda a cronoterapia como terapêutica de rotina, de forma, a reduzir o risco cardiovascular na maioria dos doentes com Hipertensão Arterial, devendo ser adotada como fármacos preferenciais os IECA's ou os ARA's. (NE 2).

Na revisão sistemática de *Liu X et al* (12) foram incluídos 7 ECAC e consistiu em estudar doentes Hipertensos e com Doença Renal Crónica. Perante este grupo específico de doentes hipertensos conclui-se que a cronoterapia pode reduzir a Pressão arterial sistólica nas 24 horas em -0,81 mmHg (no grupo de estudos randomizados) ou -1,33 mmHg (grupo de estudos não randomizados), já a redução na Pressão arterial diastólica só se verificou no grupo dos estudos não randomizados, sendo de -1,94 mmHg. Visto que o estado *não-dipper* ou a Hipertensão arterial noturna está associada a lesão de órgão alvo e aumento da doença cardiovascular, a cronoterapia apresenta menor risco de eventos cardiovasculares, já que parece reduzir o risco relativo de enfarte agudo do miocárdio, angina de peito, revascularização cardíaca ou de insuficiência de cardíaca (NE 2). Em suma, a cronoterapia deve ser considerada nos doentes com Doença Renal Crónica e Hipertensão arterial, já que permite prevenir o número total de eventos cardiovasculares, bem como diminuir a mortalidade

cardiovascular. (NE 2). No entanto, não podemos deixar de reiterar a necessidade de haver mais estudos específicos em doentes com Doença Renal Crónica, que permita avaliar a segurança e os efeitos dos diferentes anti-hipertensores nestes doentes.

Na revisão sistemática de *Cuspidi C et al* (13), foram incluídos 26 estudos longitudinais. Oito dos 26 estudos demonstram evidência entre a relação do perfil tensional *não-dipper* e o aumento da Hipertrofia Ventricular Esquerda. Por outro lado, todos os estudos demonstram que o perfil *não-dipper* da Pressão arterial, em comparação com o perfil *dipper*, está associado a um maior risco de doença cardiovascular. Isto permite-nos inferir que o perfil *não-dipper* pode ser um fator de risco cardiovascular. Desta forma, a administração de anti-hipertensor à noite permitirá reduzir este risco cardiovascular. A administração de valsartan à noite permitiu reverter 75% dos doentes para um padrão *dipper*. Neste grupo de doente houve uma redução nos níveis de peptídeo natriurético plasmático, bem como na excreção de albumina urinária, o que demonstra uma diminuição das complicações cardiovasculares da Hipertensão. Em suma, parece haver alguma evidência, com base em estudos longitudinais, que a cronoterapia ao reduzir o perfil *não-dipper* se relaciona com a melhoria dos marcadores de Hipertrofia ventricular esquerda, Lesão renal ou vascular, bem como parece reduzir alguma das complicações cardiovasculares. (NE: 2)

Por último, a revisão não sistemática de *Waeber B et al* (14) refere que o pico hipertensivo matinal estará relacionado com o aumento do risco de hemorragia intracerebral. Desta forma, a correção do padrão *não-dipper* através da cronoterapia, desde que a Pressão arterial diurna esteja também controlada, é fundamental de forma a evitar este pico matinal. Para isso, este estudo refere que a nifedipina tem demonstrado ser melhor tolerada à noite, sendo eficaz na redução da Pressão arterial durante a noite. Em suma, a cronoterapia pode influenciar o perfil tensional noturno dos doentes e deve ser considerado nos doentes com perfil *não-dipper* (NE 3).

Conclusão

A evidência atualmente disponível demonstra que a cronoterapia poderá ter um papel importante na redução do risco cardiovascular dos doentes hipertensos. No entanto, esta deve ser encarada, de forma, individualizada em função do doente e do perfil tensional do doente. (8, 15)

Na maioria dos estudos selecionados, verificou-se uma redução da Pressão arterial sistólica e diastólica durante as 24 horas, com a toma de anti-hipertensor no período noturno, demonstrando melhoria do controlo tensional com a utilização da cronoterapia. (9-14) (NE: 2)

Quanto às classes farmacológicas com maior perfil para toma noturna, os estudos apresentam resultados contraditórios. No estudo de *Zhao P et al* (9), os diuréticos e alfa-bloqueantes foram os fármacos que demonstraram maior eficácia para serem



Quadro I. Revisões Sistemáticas, Não sistemáticas e Metanálises

Referência	Tipo de estudo	Conclusão	NE
Evening versus morning dosing regimen drug therapy for Hypertension (2011)	MA de 21 ECAC	<ul style="list-style-type: none"> A administração de antihipertensor à noite reduz a PA sistólica durante as 24h em -1,71 mmHg e a PA diastólica em -1,38 mmHg (estatisticamente significativo). Diuréticos e alfa-bloqueantes são classes mais indicadas. São necessários mais estudos de forma a demonstrar maior efeito na melhoria do outcome CV. 	2
Treatment of hypertension with chronotherapy: is it time of drug administration? (2015)	RS de 4 ECAC	<ul style="list-style-type: none"> Recomendam a cronoterapia como rotina, de forma, a reduzir o risco CV nos doentes com HTA. Classes mais indicadas: IECA's ou ARA's. 	2
Evening-versus morning-dosing drug therapy for chronic kidney disease patients with hypertension: a systematic review (2014)	RS de 7 ECAC	<ul style="list-style-type: none"> A cronoterapia deve ser considerada nos doentes com DRC e HTA de forma a reduzir a PA noturna e prevenir o número total de eventos CV e reduzir a mortalidade CV. São necessários mais estudos em doentes com DRC. 	2
Antihypertensive drug treatment and circadian blood pressure rhythm: a review of the role of chronotherapy in hypertension (2015)	MA de 31 ECAC	<ul style="list-style-type: none"> A administração de antihipertensores à noite reduz a PA sistólica durante as 24h em -1,59 mmHg e a PA diastólica em -1,13 mmHg (estatisticamente significativo). Administrações de diuréticos à noite estão associados a maior redução na PA sistólica em 24h em comparação com as outras classes de antihipertensores. A cronoterapia parece melhorar as complicações CV e renais da HTA, mas estas conclusões necessitam de ser confirmadas através de mais estudos. 	2
Nighttime blood pressure: a target for therapy? (2010)	Revisão não sistemática	<ul style="list-style-type: none"> A cronoterapia pode influenciar o perfil tensional noturno e deve ser considerado em alguns doentes, por exemplo, os doentes com SAOS. No entanto, são necessários mais estudos para estabelecer quais as classes de fármacos antihipertensores mais efetivos na correção das anormalidades na PA noturna. 	3
Nocturnal nondipping and left ventricular hypertrophy in hypertension: an updated review (2010)	RS de 26 estudos longitudinais	<ul style="list-style-type: none"> Há alguma evidência que parece apontar para que uma reduzida queda na PA noturna seja um marcador subclínico de complicações CV (HVE, Lesão renal ou vascular). Restabelecer o padrão dipper de PA durante as 24h em doentes HTA com perfil não-dipper e com HVE pode reduzir o dano cardíaco. 	2

Legenda: ECAC – Estudo clínico aleatorizado e controlado; RS – Revisão sistemática; NE – Nível de Evidência; PA – Pressão arterial; HTA – Hipertensão Arterial; DRC – Doença renal crónica; CV - Cardiovascular; HVE – Hipertrofia Ventricular esquerda; SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono; IECA – inibidores da enzima de conversão da angiotensina; ARA – Antagonista do recetor da angiotensina

administrados como cronoterapia. Na metanálise de Schillaci G *et al* (10), a classe farmacológica que apresentou melhor perfil para ser administrada à noite foi os diuréticos. Já Stranges PM *et al* (11), consideraram que as classes farmacológicas mais aplicáveis para a cronoterapia foram os IECAs e os ARA's. Em suma, os múltiplos artigos apresentam resultados contraditórios quanto às classes farmacológicas mais adequadas para ser utilizada como cronoterapia, sendo por isso necessários mais estudos com maior número de doentes e maior número de classes terapêuticas.

Parece haver evidência que a cronoterapia ao reduzir o perfil *não-dipper* se relaciona com a melhoria dos marcadores de Hipertrofia ventricular esquerda, Lesão renal ou vascular, bem como parece reduzir alguma das complicações cardiovasculares. (12, 13) (NE: 2) Desta forma, parece haver uma redução da morbimortalidade por eventos cardiovasculares nos doentes hipertensos que estão medicados com anti-hipertensor à noite. No entanto, ainda são poucos os estudos que demonstram esta redução de eventos cardiovasculares a longo prazo, sendo necessários mais estudos.

Futuramente, são necessários mais estudos de elevada qualidade metodológica que demonstrem com clareza o benefício e segurança da cronoterapia.

Bibliografia

1. NE | DGS/MS. INE, PORDATA. 2014.
2. De Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Revista portuguesa de cardiologia : orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*. 2007;261:21-39.
3. Norma direcção geral de saúde, Hipertensão Arterial: definição e classificação.;Número 020/2011.
4. O'Brien E. Ambulatory blood pressure monitoring in the management of hypertension. *Heart*. 2003;895:571-6.
5. Kaplan NTR. Ambulatory and home blood pressure monitoring and white coat hypertension in adults. *UpToDate*. 2016.
6. J.M. Choice of drug therapy in primary (essential) hypertension. *UpToDate*. 2016.
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, 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). *Journal of hypertension*. 2013;317:1281-357.
8. Hermida RC, Ayala DE, Calvo C, Portaluppi F, Smolensky MH. Chronotherapy of hypertension: Administration-time-dependent effects of treatment on the circadian pattern of blood pressure. *Advanced Drug Delivery Reviews*. 2007;599-10:923-39.
9. Zhao P, Xu P, Wan C, Wang Z. Evening versus morning dosing regimen drug therapy for hypertension. *The Cochrane Library*; 2011.
10. Schillaci G, Battista F, Settimi L, Schillaci L, Pucci G. Antihypertensive drug treatment and circadian blood pressure rhythm: a review of the role of chronotherapy in hypertension.
11. Stranges PM, Drew AM, Rafferty P, Shuster JE, Brooks AD. Treatment of hypertension with chronotherapy: is it time of drug administration? *Ann Pharmacother*. 2015;493:323-34.
12. Liu X, Huang W, Leo S, Li Y, Liu M, Yuan H. Evening -versus morning- dosing drug therapy for chronic kidney disease patients with hypertension: a systematic review. *Kidney & blood pressure research*. 2014;395:427-40.
13. Cuspidi C, Giudici V, Negri F, Sala C. Nocturnal nondipping and left ventricular hypertrophy in hypertension: an updated review. *Expert review of cardiovascular therapy*. 2010;86:781-92.
14. Waeber B, Mourad JJ, O'Brien E. Nighttime blood pressure: a target for therapy? *Current hypertension reports*. 2010;126:474-9.
15. Hermida RC, Smolensky MH. Chronotherapy of hypertension. *Current opinion in nephrology and hypertension*. 2004;135:501-5.

E DEPOIS DE A ANTICOAGULAÇÃO FALHAR?

Dr. Diogo Cruz

Internista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM)

Antes de 2008, a área da anticoagulação oral (AO) estava estagnada. Depois da aprovação do primeiro anticoagulante oral não antagonista da vitamina K, surgiu um número significativo de ensaios clínicos em diversas áreas terapêuticas respeitantes à anticoagulação oral e um importante crescimento do conhecimento científico nesta área. São muitos os estudos publicados anualmente neste âmbito, abordando as mais diversas situações clínicas.

O último grande ensaio (o *PIONEER AF-PCI*) saiu no final do ano passado e, pela primeira vez, vem dar-nos alguma informação sobre o que podemos fazer nos doentes com fibrilhação auricular que tenham de colocar um *stent* nas artérias coronárias. Neste momento, aguardamos com grande ansiedade os resultados do Programa CALISTO sobre a utilidade deste grupo de fármacos nos doentes oncológicos. Neste quadro de constante atualização científica, devemos tentar perceber quais são os melhores fármacos e as melhores abordagens possíveis de momento, adaptando-as a cada doente e situação clínica. Além disso, devemos tentar perceber as evidências científicas de que já dispomos e também aquelas que esperamos a vir ter no decorrer dos próximos anos. Apesar dos inúmeros estudos, algumas questões prementes no dia a dia ficam por responder. O que fazer quando a anticoagulação falha? Infelizmente, esta é uma experiência pela qual passamos nos serviços, pelo que temos de saber o que fazer aos doentes depois de a anticoagulação falhar. Na verdade, a este respeito, as normas de orientação clínica são praticamente omissas. Para já, enquanto resposta, existe a possibilidade de encerrar o apêndice auricular esquerdo, com resultados que se revelam promissores. E há alguns centros em Portugal que já estão a utilizar esta técnica, como o CHLN/HSM.

PESO DA DIABETES NO RISCO CARDIOVASCULAR

Dr.ª Laura Guerra

Endocrinologista na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

Segundo o relatório do Observatório Nacional da Diabetes relativo a 2014, 13,1% dos portugueses entre os 20 e os 79 anos tinham diabetes, e a prevalência da hiperglicemia intermédia (pré-diabetes) era de 27,2%. Ou seja, cerca de 40,3% da população tinha ou estava em risco de ter diabetes.

Está demonstrado que o diagnóstico precoce e o tratamento otimizado da hiperglicemia reduzem o risco de complicações microvasculares, podendo também diminuir as complicações macrovasculares a longo prazo. As recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2 salientam vários aspetos:

- As medidas de modificação do estilo de vida devem ser promovidas

ao longo de toda a evolução da doença;

- Os objetivos metabólicos e a terapêutica devem ser adequados a uma série de circunstâncias: idade do doente, tempo de duração da doença, existência ou não de complicações, risco de hipoglicemia e aspetos económicos;
- Na ausência de contraindicações, a metformina constitui o fármaco de eleição, dada a sua eficácia clínica, baixo risco de hipoglicemia, efeito neutro sobre o peso, perfil de efeitos secundários favorável e baixo custo;
- Caso a terapêutica com metformina isolada não seja suficiente, a associação com um ou dois fármacos orais ou injetáveis é considerada razoável, com o objetivo de proporcionar melhor controlo glicémico com menos efeitos secundários;
- O início da insulino terapia deverá ser atempado antes do declínio total de secreção da insulina pela célula β e, preferencialmente, combinada com outros antidiabéticos orais ou injetáveis;
- A redução abrangente do risco cardiovascular deverá constituir o foco principal da abordagem terapêutica, pelo que a diminuição da hemoglobina glicada (HbA1c), *per se*, não constitui o objetivo final. Alguns estudos demonstraram a segurança cardiovascular das classes de fármacos mais recentes e mesmo uma redução significativa dos eventos e da mortalidade cardiovascular com os inibidores do SGLT2 (cotransportador tipo 2 de sódio e glicose) e os agonistas do recetor GLP-1 (peptídeo-1 semelhante ao glucagon).

COLESTEROL ELEVADO, UM INIMIGO PÚBLICO

Dr. Francisco Araújo e Dr.ª Maria João Baptista

Coordenador do Serviço de Medicina Interna do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e Internista no Hospital Beatriz Ângelo

A ideia de que o colesterol elevado é um fator de risco cardiovascular tem um modelo bem conhecido na natureza, que decorre da existência de mutações nos genes que regulam o metabolismo do colesterol. A patologia mais conhecida neste âmbito é a hipercolesterolemia familiar por mutação do recetor LDL, o que implica que metade dos homens e um quarto das mulheres heterozigotas tenham doença coronária aos 50 anos de idade. E se a forma homozigota é muito rara, a prevalência de heterozigotos, com níveis de colesterol total geralmente acima dos 300 mg/dL é relativamente frequente, com prevalência que poderá ser de 1/300 entre nós.

Poucas intervenções médicas salvaram tantas vidas no mundo ocidental como o tratamento da hipercolesterolemia. Nos últimos 50 anos, a mortalidade por doença coronária foi reduzida em mais de 50%, e julga-se que mais de metade desse benefício tenha a ver com aspetos relacionados com a prevenção. Neste campo, destaque para o controlo da hipercolesterolemia, com grande impacto provocado pelo aparecimento das estatinas nos anos de 1980. Estes medicamentos demonstraram eficácia tanto na prevenção primária como após um evento cardiovascular, com maior benefício para aqueles que apresentam maior risco cardiovascular. Contudo, parecem persistir dúvidas, algumas

com fundamento científico, como a relação da hipercolesterolemia ou do seu tratamento com a diabetes, ou a escassa evidência no tratamento dos mais idosos.

A terapêutica da hipercolesterolemia não se restringe, contudo, à dieta ou às estatinas, e a evidência é crescente de que meios como a inibição da absorção do colesterol (com a ezetimiba) ou a atuação em mecanismos moleculares intervenientes na regulação do colesterol (com os inibidores da PCSK9 [*proprotein convertase subtilisin/kexin type 9*]) são eficazes na regulação do colesterol. As dislipidemias não têm apenas causa genética e também não se apresentam apenas como hipercolesterolemia. Existem outros lípidos que estão associados a risco vascular (triglicéridos, colesterol HDL baixo, Lp(a), etc.), mas a evidência científica não é tão consistente como para o aumento das LDL e as soluções terapêuticas estão menos comprovadas.

INIBIDORES DO SGLT2 E OUTRAS NOVIDADES NA DIABETES

Dr. Vítor Paixão Dias

Diretor do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

A intercomunicação entre a diabetes e a HTA, duas doenças que partilham mecanismos fisiopatológicos comuns, é conhecida há muito tempo. Não há dúvida de que uma percentagem elevada de doentes hipertensos são também diabéticos, e sabemos que o inverso também é verdadeiro. Neste campo, os tempos mais recentes não trouxeram grandes novidades científicas.

A principal inovação recente passa pelo aparecimento de uma nova classe de antidiabéticos orais, os inibidores do SGLT2 [sigla em inglês para cotransportador tipo 2 de sódio e glicose], que mostraram reduzir a mortalidade de forma muito significativa nos doentes com diabetes – nomeadamente a empagliflozina, no estudo EMPA-REG [*BI 10773 (Empagliflozin) Cardiovascular Outcome Event Trial in Type 2 Diabetes Mellitus Patients*].

Pela primeira vez em muitos anos, dispomos de uma classe terapêutica que aumenta a excreção da glicose por diminuição da sua reabsorção ao nível dos túbulos proximais renais e, com isso, reduz os valores da glicemia. Mas, mais importante do que isto – porque os outros fármacos antidiabéticos também o fazem – é a grande vantagem de os inibidores do SGLT2 possuírem propriedades surpreendentes de redução da mortalidade (a par de diminuições da pressão arterial e do peso).

Neste momento, apenas dispomos, em Portugal, de um outro agente da mesma classe (a dapagliflozina) e esperamos que este fármaco venha a demonstrar resultados semelhantes (redução da mortalidade e não apenas do *endpoint* intermediário da hemoglobina glicada), traduzindo um efeito de classe. A comprovar-se, esta será uma inovação, um acrescento de importância extrema para o tratamento da diabetes, dado que aquilo que procuramos é que os doentes não só estejam controlados do ponto de vista metabólico, mas, sobretudo, que apresentem maior sobrevida.

Outro ponto de debate interessante é a vantagem da antiagregação plaquetária em doentes diabéticos com risco de evento a dez anos inferior a 10%, isto é, sem história de doença vascular prévia. Este benefício continua a ser controverso, com escassa evidência, e a decisão deverá ser sempre tomada avaliando o risco de potenciais complicações hemorrágicas.

EM BUSCA DOS VALORES DE PA DE REFERÊNCIA

Prof. Enrico Agabiti-Rosei

Presidente da European Society of Hypertension

Os valores de pressão arterial estão relacionados com episódios cardiovasculares. Assim, podemos afirmar que o risco é muito reduzido quando a PA é inferior a 120/70 mmHg, mas a discussão em torno dos valores que devem ser alcançados no tratamento da HTA não é consensual. Tanto quanto se sabe atualmente, e em resultado dos ensaios clínicos, deve reduzir-se a PA para valores abaixo dos 140/90 mmHg na maior parte dos doentes (talvez um pouco mais nas pessoas mais velhas e um pouco menos nos diabéticos). Um estudo recente sugeriu que baixar ainda mais estes valores – para 130 mmHg ou até mais próximo dos 120 mmHg – pode ser benéfico, principalmente nos doentes com elevado risco cardiovascular.

Neste momento, podemos sugerir um valor que seja benéfico e sirva de medida de referência para grupos de doentes, mas temos de ter em consideração que os valores ideais para um doente podem não o ser para outro. Ou seja, devemos caminhar cada vez mais no sentido de uma Medicina personalizada que nos dirá até onde devemos baixar estes valores em cada caso específico. Esta Medicina personalizada será uma Medicina de precisão. Para isso, já temos alguma informação, por exemplo, ao nível dos fenótipos, mas ainda há muito trabalho a fazer para conseguirmos definir características específicas de cada doente. O caminho passará por aspetos genéticos ou, pelo menos, mecanismos bioquímicos desses marcadores genéticos.

Sobre este tema, há ainda outro aspeto igualmente importante: a partir de que idade se deve monitorizar a pressão arterial? As indicações vão no sentido de começarmos cada vez mais cedo, talvez logo a partir dos 3 anos. Isto porque, ainda que o valor-alvo do tratamento farmacológico da hipertensão arterial seja de 140/90 mmHg, sabe-se que, a partir dos 130/85 mmHg, já se deve iniciar um acompanhamento e estimular a alteração de comportamentos, dado que, mais tarde ou mais cedo, estas pessoas vão desenvolver hipertensão arterial. Outro problema associado à dificuldade de controlar esta condição é a não adesão dos doentes ao tratamento, pelo que é urgente uma simplificação das associações terapêuticas.

Artigos publicados no jornal Notícias Diárias (10 de Fevereiro de 2017), no decorrer do 11º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global. Gentilmente cedidos pela Empresa Esfera das Ideias.



Lisboa, 30 de Maio de 2017

ASSEMBLEIA GERAL

Cara(o) Colega,

Presidente
Luís Martins

Vice-Presidente
Joana da Silva Monteiro

Secretário
Catarina Santos Silva

DIRECÇÃO

Presidente
Manuel de Carvalho Rodrigues

Presidente-Eleito
Vitor Paixão Dias

Secretário-Geral
Francisco Torres

Secretários-Adjuntos
Paula Felgueiras
Rosa Maria de Pinho
Vitória Cunha

Tesoureiro
Luís Bronze

CONSELHO FISCAL

Presidente
Miguel Castelo-Branco

Vice-Presidente
Mafalda Santos

Secretário
Carla Araújo

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão organiza a 14ª edição da sua “**HYPERTENSION SUMMER SCHOOL**” no **Palace Hotel da Curia**, de **21 a 24 de Setembro de 2017**.

O Curso destina-se a médicos jovens, com interesse especial na clínica e na investigação da hipertensão arterial. As inscrições estão limitadas a um total de 25 e a língua oficial do curso é o Inglês. Neste curso serão abordados diferentes temas na área da hipertensão arterial e da doença cardiovascular: genética, fisiologia, epidemiologia, medicina translacional, sal e doença cardiovascular, aspectos cognitivos, leitura crítica da evidência.

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

As candidaturas deverão ser formuladas até **17 de Julho**, através do envio de carta, dirigida à Comissão Organizadora, para o e-mail: summerschool2017.sphta@gmail.com

A Comissão Organizadora enviar-lhe-á, então, um formulário cujo preenchimento é indispensável para que a candidatura seja aceite assim como toda a informação para concretizar a sua candidatura. Esta documentação deverá ser enviada para o e-mail citado até **17 de Julho de 2017**. A organização comunicará até **24 de Julho**, a todos os candidatos, a aceitação ou não da candidatura.

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

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

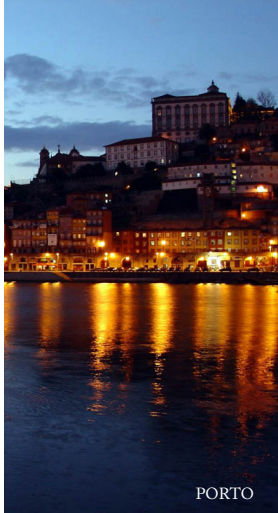
Com os melhores cumprimentos,

Dr. Carvalho Rodrigues
Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão

Prof. Agostinho Monteiro
Comissão Organizadora

CONGRESSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS


NACIONAIS



Jornadas de Cardiologia de Lisboa Ocidental
13 e 14 de Outubro de 2017
Hotel Vila Galé Ópera - Lisboa

Workshop on Cardiovascular Medicine
20 e 21 de Outubro de 2017
Hotel Solverde - Espinho

PORTO



XVIII Jornadas de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular de Matosinhos
10 e 11 de Novembro de 2017
Hotel Sheraton - Porto

VILAMOURA



FUNCHAL

INTERNACIONAIS



ESC: European Society of Cardiology Congress
26 a 30 de Agosto de 2017
Barcelona - Espanha

EASD: European Association for the Study of Diabetes Meeting
11 a 15 de Setembro de 2017
Lisboa - Portugal



AHA: American Heart Association Meeting
11 a 15 de Novembro de 2017
Anaheim - USA

14th Hypertension Summer School
21 a 24 de Setembro de 2017
Palace Hotel da Curia



ATENAS