

TERAPÊUTICA COM ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EM DOENTES HIPERTENSOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

ACETYLSALICYLIC ACID THERAPY IN HYPERTENSIVE PATIENTES IN PRIMARY CARE

Autores:

Joana Cirne¹, Ana Rita Maia¹, Andreia Amaral Pinto¹, Martinho Almeida², Rute Marques¹, Sara Castro¹, Teresa Mota³

RESUMO

Introdução: O uso de antiagregantes plaquetários é essencial na prevenção de eventos trombóticos. Em Portugal não existem estudos sobre o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção primária ou secundária de eventos cardiovasculares (CV). O objetivo do trabalho consistiu em avaliar a prescrição de AAS em doentes com hipertensão arterial (HTA), no contexto de prevenção primária e secundária, considerando as recomendações das *guidelines* de 2013 da *European Society of Hypertension* (ESH)/*European Society of Cardiology* (ESC).

Métodos: Tratou-se de um estudo observacional, transversal e descritivo realizado nas Unidades de Saúde Familiar (USF) dos respetivos autores. A população em estudo correspondeu aos indivíduos com diagnóstico de HTA com mais de 18 anos inscritos numa USF (n=2269) e calculada uma amostra aleatória simples (n=190). Para a colheita dos dados foram consultados o SClínico®, MiM@UF® e PEM®. Posteriormente, o registo e a análise foram realizados no Microsoft Office Excel 2010® usando o teste *t-student* e a análise de variância (ANOVA).

Resultados: Foram incluídos um total de 190 utentes hipertensos (idade média de 65 anos, 58% mulheres). Dos 31 hipertensos com doença DCV prévia, 51,6% (n=16) estavam medicados com AAS como prevenção secundária. No que concerne à prevenção primária, dos 97 utentes com taxa de filtração glomerular (TFG) < 45mL/min/1,73m² e/ou critérios de alto risco CV, 20,6% (n=20) estavam antiagregados. Em 64 hipertensos de baixo risco CV, 4,7% (n=3) foram tratados com AAS.

Conclusões: O presente estudo parece apontar para uma utilização subótima de AAS de 51,6%, em prevenção secundária das DCV, na população de doentes hipertensos da USF estudada, em comparação com outros estudos que chegam a taxas de 84%. O mesmo sucedeu-se na prevenção primária, com cerca de 20,6% tratados com AAS, face a resultados na literatura que atingem os 41%. Apesar das limitações, este estudo pode constituir um momento de reflexão relativamente às recomendações em vigor e melhoria da prática clínica no que diz respeito à prescrição de AAS na prevenção das DCV.

Palavras-chave: ácido acetilsalicílico; hipertensão arterial; risco cardiovascular; prevenção primária; prevenção secundária
Keywords: *acetylsalicylic acid; arterial hypertension; cardiovascular risk; primary prevention; secondary prevention*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, sendo responsáveis por 30,4% do total dos óbitos. Em 2012, a mortalidade proporcional por doenças cerebrovasculares foi de 12,5% e por doença cardíaca isquémica de 6,5%.^{1,2} Apesar da evolução das estratégias preventivas e terapêuticas, prevê-se que a prevalência das DCV continue a aumentar devido ao envelhecimento populacional e ao aumento das comorbilidades.

O uso de antiagregantes plaquetários é essencial na prevenção desses eventos, principalmente em doentes de alto risco. Contudo, é controversa a utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenção primária das DCV. Apesar de diminuir o risco cardiovascular (CV), não foi possível demonstrar que

o uso de AAS em doentes de baixo risco diminua a mortalidade, sendo que os potenciais benefícios CV dos antiagregantes plaquetários podem ser ultrapassados pelo risco de eventos adversos nestes indivíduos.³

Segundo as *guidelines*,⁴ a terapêutica antiplaquetária, particularmente o AAS em baixa dose (75-150 mg), deve ser prescrita a doentes hipertensos com eventos CV prévios e considerada em doentes hipertensos com função renal reduzida ou com um alto risco CV. Pelo contrário, o uso de AAS não é recomendado em doentes hipertensos de risco baixo a moderado em quem o benefício absoluto e o prejuízo são equivalentes.⁴

Em Portugal e na Europa não existem dados acerca do uso de AAS na prevenção primária ou secundária de eventos CV. Contudo, estudos americanos descrevem uma prevalência entre os 70 e 84% de uso destas substâncias como prevenção secundária.⁵⁻⁷

Dada a relevância da prevenção das DCV ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP),

1. Médica Interna de Formação Específica em MGF, USF S. Miguel, ACeS Espinho/Gaia

2. Médico Especialista na USF S. Miguel, ACeS Espinho/Gaia

3. Médica Interna de Cardiologia no CHUA, Hospital de Faro

considerou-se pertinente desenvolver um estudo cujo objetivo fosse avaliar a prescrição de AAS em doentes com hipertensão arterial (HTA), no contexto de prevenção primária e secundária, considerando as recomendações vigentes nas *guidelines* de 2013 da *European Society of Hypertension (ESH)/European Society of Cardiology (ESC)* para o tratamento da HTA.

Consideram-se, ainda, como objetivos específicos avaliar a prescrição de AAS em doentes com antecedentes de DCV, a prescrição de AAS segundo a estratificação do risco CV total e a prescrição de AAS em doentes com taxa de filtração glomerular (TFG) estimada inferior a 45 mL/min/1,73m².

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. A população em estudo correspondeu aos indivíduos com diagnóstico de HTA com mais de 18 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) (n=2269), no ano de 2017. Foi calculada uma amostra aleatória simples (n=190) para um nível de confiança de 95% com erro máximo de 5% e uma proporção esperada de utentes antiagregados como prevenção secundária de eventos CV de 84%.⁵

A recolha de dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2017. Para a sua colheita foram consultados

(75-150 mg), deve ser prescrita em doentes hipertensos com registo prévio de eventos CV.

Nos restantes utentes, as recomendações são menos assertivas e afirmam que esta terapêutica pode ser considerada em doentes hipertensos com função renal reduzida ou com um alto risco CV. Pelo contrário, em doentes hipertensos com risco CV baixo a moderado, a prescrição de AAS não está recomendada, uma vez que o benefício e o prejuízo são equivalentes.

De forma a possibilitar o estudo da terapêutica com AAS nos diferentes grupos de doentes, primariamente identificaram-se os indivíduos com registo de DCV prévia, registando posteriormente se estavam ou não medicados com AAS, tal como está indicado nas recomendações.⁴

Nos utentes sem registo de DCV, procedeu-se à estratificação do risco CV total (figura 1) em categorias de risco “nulo”, “baixo”, “baixo a moderado”, “moderado”, “moderado a alto”, “alto”, “alto a muito alto” e “muito alto”, de acordo com a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) e, ainda, a prevalência de fatores de risco (FR), lesão de órgãos alvo (LOA) assintomática, diabetes *mellitus* e estágio da doença renal crónica (DRC), tal como descrito nas referidas *guidelines* (figura 2).⁴ No SCORE, o risco CV total é expresso como o risco absoluto de morrer de DCV em 10 anos. Contudo, devido à sua forte depen-

OUTROS FATORES DE RISCO, LESÃO DE ÓRGÃOS ASSINTOMÁTICA	Pressão Arterial (mmHg)			
	Normal alta P AS 130-139 ou PAD 85-89	HTA Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA Grau 3 PAS ≥180 ou PAD ≥110
Sem fatores de risco		RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
1-2 fatores de risco	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO A ALTO	RISCO ALTO
≥3 fatores de risco	RISCO BAIXO A MODERADO	RISCO MODERADO A ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
LOA, DRC em fase 3 ou diabetes	RISCO MODERADO A ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO A MUITO ALTO
DCV, DRC sintomática fase ≥ 4 ou diabetes com LOA/FR	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

Legenda: CV - cardiovascular; DCV - doença cardiovascular; DRC - doença renal crónica; FR - fator de risco; HTA - hipertensão arterial; LOA - lesão de órgão alvo; PA - pressão arterial; PAD - pressão arterial diastólica; PAS - pressão arterial sistólica

Figura 1. Estratificação do risco cardiovascular total

Fonte: *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da HTA⁴

o SClinico®, MiM@UF® e PEM®. As variáveis estudadas estão representadas no quadro I.

A indicação clínica para terapêutica com AAS para prevenção primária e secundária de DCV foi definida com base nas orientações da tradução portuguesa das *guidelines*.⁴ Segundo este estudo, a terapêutica antiplaquetária, particularmente o AAS em baixa dose

dência da idade, em pacientes jovens o risco CV total absoluto pode ser baixo, mesmo na presença de pressão arterial elevada com FR adicionais.⁴ Deste modo, neste estudo optou-se por incluir todos os utentes com diagnóstico de HTA com mais de 18 anos e não foi realizada uma divisão por grupos etários.

DEFINIÇÃO CONCEPTUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	CLASSIFICAÇÃO
Sexo	Masculino/Feminino	Qualitativa, nominal
Idade	Ano atual - ano de nascimento	Quantitativa, discreta
PAS	Valor da última medição da pressão arterial sistólica	Quantitativa, contínua
PAD	Valor da última medição da pressão arterial diastólica	Quantitativa, contínua
IMC	Valor da última medição do índice de massa corporal	Quantitativa, contínua
Tabaco	Fumador/Não Fumador	Qualitativa, nominal
Colesterol Total	Valor da última medição de colesterol total sérico	Quantitativa, contínua
Colesterol HDL	Valor da última medição de colesterol HDL sérico	Quantitativa, contínua
Triglicerídeos	Valor da última medição de triglicerídeos sérico	Quantitativa, contínua
Glicemia em jejum	Valor da última medição de glicose sérica em jejum	Quantitativa, contínua
PTGO	Positivo/Negativo	Qualitativa, nominal
Perímetro Abdominal	Valor da última medição do perímetro abdominal	Quantitativo, contínua
Antecedentes familiares de DCV	Presente/Ausente - Registo de história familiar de DCV prematura*	Qualitativa, nominal
HVE	Presente/Ausente - Critério de HVE no ECG ou no eco-cardiograma, ou registo de HVE no programa de HTA	Qualitativa, nominal
Aterosclerose Carotídea	Presente/Ausente - Critérios de aterosclerose na ecografia das carótidas	Qualitativa, nominal
Rigidez Aórtica	Presente/Ausente - Critérios de rigidez aórtica na VOP	Qualitativa, nominal
ITB	Valor do último cálculo do índice tornozelo-braço	Quantitativa, contínua
Retinopatia	Presente/Ausente - Codificação (F83)	Qualitativa, nominal
Aneurisma da Aorta	Presente/Ausente - Codificação (K99)	Qualitativa, nominal
FA	Presente/Ausente - Critérios de FA no ECG** ou codificação (K78)	Qualitativa, nominal
ICC	Presente/Ausente - Codificação (K77)	Qualitativa, nominal
Estenose das a. Renais	Presente/Ausente - Estenose das artérias renais na ecografia renal	Qualitativa, nominal
Aspirina	Sim/Não	Qualitativa, nominal
HbA1c	Valor do último registo de hemoglobina glicada	Quantitativa, contínua
TFGe	Valor do último registo de taxa de filtração glomerular estimada em mL/min/1,73 m ²	Quantitativa, contínua
Microalbuminúria	Valor do último registo de albuminúria	Quantitativa, contínua
DM	Presente/Ausente - Presença de critérios de DM*** ou codificação (T89, T90)	Qualitativa, nominal
Doença cerebrovascular	Presente/Ausente - Codificação (K90, K91, K89)	Qualitativa, nominal
Doença cardíaca isquémica	Presente/Ausente - Codificação (K74, K75, K76)	Qualitativa, nominal
DAP	Presente/Ausente - Valor do último cálculo de ITB < 0.9 ou Codificação (K92).	Qualitativa, nominal

Legenda: F83 - retinopatia; K99 - doença do aparelho circulatório, outra; K78 - fibrilhação/flutter auricular; K77 - insuficiência cardíaca; T89 - diabetes insulino-dependente; T90 - diabetes não insulino-dependente; K90 - trombose/acidente vascular cerebral; K91 - doença cerebral vascular; K89 - isquemia cerebral transitória; K74 - doença cardíaca isquémica com angina; K75 - enfarte agudo do miocárdio; K76 - doença cardíaca isquémica sem angina; K92 - aterosclerose/doença vascular periférica; PAS - pressão arterial sistólica; PAD - pressão arterial diastólica; IMC - índice de massa corporal; PTGO - prova de tolerância à glicose oral; DCV - doenças cardiovasculares; HVE - hipertrofia ventricular esquerda; ITB - índice tornozelo braço; FA - fibrilhação auricular; ICC - insuficiência cardíaca congestiva; TFGe - taxa de filtração glomerular estimada; DM - diabetes mellitus; DAP - doença arterial periférica; HTA - hipertensão arterial; VOP - velocidade de onda de pulso

*DCV prematura: homens com < 55 anos; mulheres com < 65 anos

** Critérios de FA no ECG: ausência de ondas P distintas, intervalos RR irregulares, atividade auricular (quando visível) habitualmente variável e > 300bpm

***Critérios de DM: glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL ou HbA1c > 6,5% ou PTGO às 2h ≥ 200 mg/dL

FATORES DE RISCO
Sexo masculino
Idade (homens ≥ 55 anos; mulheres ≥ 65 anos)
Tabagismo
Dislipidemia
Colesterol total $>4,9$ mmol/L (190 mg/dL), e/ou
Colesterol LDL $>3,0$ mmol/L (115 mg/dL), e/ou
Colesterol HDL $<1,0$ mmol/L (40 mg/dL), mulheres $<1,2$ mmol/L (46 mg/dL), e/ou
Triglicerídeos $>1,7$ mmol/L (150 mg/dL)
Glicemia plasmática em jejum 5,6–6,9 mmol/L (102–125 mg/dL)
Teste de tolerância à glicose anormal
Obesidade [IMC ≥ 30 kg/m ² (altura ²)]
Obesidade abdominal (circunferência da cintura: homens ≥ 102 cm; Mulheres ≥ 88 cm) (em Caucásianos)
Historial familiar de DCV prematura (homens com <55 anos; mulheres com <65 anos)
LESÕES ASSINTOMÁTICAS DE ÓRGÃOS
Pressão de pulso (nos idosos) ≥ 60 mmHg
HVE eletrocardiográfica (Índice Sokolow-Lyon $>3,5$ mV; RaVL $>1,1$ mV; Cornell voltage >244 mV*ms), ou
HVE ecocardiográfica [Índice MVE: homens >115 g/m ² ; mulheres >95 g/m ² (ASC)] ^a
Espessamento da parede da carótida (EIM $>0,9$ mm) ou placa
VOP Carótido-femoral >10 m/s
Índice tornozelo braço $<0,9$
DRC com TFGe 30–60 mL/min/1,73 m ² (ASC)
Microalbuminúria (30–300 mg/24 h), ou relação albumina-creatinina (30–300 mg/g; 3,4–34 mg/mmol) (preferencialmente urina da manhã)
DIABETES MELLITUS
Glicemia em jejum $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL) em duas medições repetidas, e/ou
HbA1c $>7\%$ (53 mmol/mol), e/ou
Glicose no plasma pós-sobrecarga $>11,0$ mmol/L (198 mg/dL)
DCV ESTABELECIDO OU DOENÇA RENAL
Doença cerebrovascular: acidente vascular cerebral isquêmico; hemorragia cerebral; ataque isquêmico transitório
DCC: enfarte do miocárdio; angina; revascularização do miocárdio com PTCA ou BAC
Insuficiência cardíaca, incluindo com FE preservada
Doença arterial periférica dos membros inferiores, sintomática
DRC com TFGe <30 mL/min/1,73m ² (ASC); proteinúria (>300 mg/24 h)
Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema

Legenda: ASC - área de superfície corporal; BAC - cirurgia de revascularização coronária; CV - cardiovascular; DCC - doença cardíaca coronária; DCV - doença cardiovascular; DRC - doença renal crônica; EIM - espessura íntima-média; FE - fração de ejeção; HbA1c - hemoglobina glicada; HVE - hipertrofia ventricular esquerda; IMC - índice de massa corporal; MVE - massa ventricular esquerda; PA - pressão arterial; PTCA - intervenção coronária percutânea; TFGe - taxa de filtração glomerular estimada; VOP - velocidade da onda de pulso
^aRisco máximo para HVE concêntrica: aumento do índice de MVE com uma espessura/raio de parede de 0,42

Figura 2. Fatores de risco usados para a estratificação do risco cardiovascular total

Fonte: *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da HTA⁴

Após a estratificação do risco nas diversas categorias, diferenciaram-se os doentes em dois grupos:

- Alto Risco, que incluiu as categorias de risco “moderado a alto”, “alto”, “alto a muito alto” e “muito alto”,
- Baixo Risco, abrangendo as categorias de risco “nulo”, “baixo”, “baixo a moderado” e “moderado”.

Considerando a possibilidade de haver uma subestimação do risco CV aquando da avaliação médica, essencialmente pela dificuldade em avaliar as lesões assintomáticas de órgãos alvo,^{4,8} optou-se por incluir o nível de risco “moderado a alto” no grupo de Alto Risco.

Para além da estratificação de risco, categorizaram-se os doentes segundo a TFG estimada, pelo eventual benefício da AAS em doentes hipertensos com função renal reduzida. A escolha de um valor de *cut off* de 45 mL/min não foi arbitrária e teve subjacente o facto de haver um estudo HOT, referido nas *guidelines*,⁴ que demonstrou existir um benefício particularmente acentuado na redução de eventos CV major e morte em doentes hipertensos com TFG <45 mL/min/1,73m². Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010@ para registo e análise dos dados e utilizados os testes estatísticos *t-student* e análise de variância (ANOVA).

RESULTADOS

A amostra em estudo apresentou um ligeiro predomínio da população feminina (57,9% vs 42,1% sexo masculino), com idade média de 65 anos e as seguintes características: diabéticos (n=57, 30,0%), fumadores (n=22, 11,6%) e a maioria com excesso de peso e obesidade, sendo que só 26,3% (n=50) apresentava um índice de massa corporal (IMC) dentro da normalidade (18–24,9 kg/m²) (quadro II). Relativamente à terapêutica com AAS, dos 190 hipertensos, 20,5% (n=39) faziam este fármaco (quadro III).

No que concerne ao risco CV, 33,7% (n=64) apresentaram baixo risco, 50,0% (n=95) alto risco sem DCV e 16,3% (n=31) tiveram já DCV estabelecida com eventos prévios.

A DCV estabelecida afetou 16% (n=31) da população de hipertensos em estudo. Desta, a doença cerebrovascular representou a patologia mais frequente (quadro IV). Dos 31 hipertensos com DCV prévia, 51,6% (n=16) estavam medicados com AAS como prevenção secundária (quadro III).

Na população de utentes hipertensos, 4,7% (n=9) apresentavam função renal reduzida (TFG <45 mL/min/1,73m²), sendo que 44% (n=4) destes faziam terapêutica com AAS. Daqueles com risco CV alto sem DCV estabelecida (n=95, 50,0%), nomeadamente nas categorias “Risco Moderado a Alto”, “Risco Alto”

e “Risco Alto a Muito Alto”, 18,9% (n=18) estavam medicados com AAS, enquanto que 81,1% (n=77) não tinham prescrição deste fármaco. Assim, no total de doentes com potencial indicação para prevenção primária, isto é, função renal reduzida ou alto risco CV (n=97), apenas 20,6% (n=20) estavam medicados com AAS. Salienta-se que sete indivíduos cumpriam estas duas condições (TFG < 45mL/min/1,73m² e alto risco CV), pelo que, quando considerados os critérios para prevenção primária, a sua duplicação foi eliminada.

Quadro II. Caracterização da população, quanto ao sexo, hábitos tabágicos, IMC, presença de DM, presença de FA

SEXO	n	%
Mulher	110	57,9
Homem	80	42,1
HÁBITOS TABÁGICOS	n	%
Sim	22	11,6
Não	168	88,4
IMC	n	%
Normal	50	26,3
Excesso de peso	77	40,5
Obesidade 1	40	21,1
Obesidade 2	18	9,5
Obesidade 3	5	2,6
DM	n	%
Sim	57	30,0
Não	133	70,0
FA	n	%
Sim	17	8,9
Não	173	91,1

Legenda: DM - diabetes mellitus; FA - fibrilhação auricular; IMC - índice de massa corporal

Quadro III. Terapêutica com AAS, de acordo com a presença ou ausência de doença CV estabelecida

TERAPÊUTICA COM AAS	DOENÇA CV	SEM DOENÇA CV	TOTAL
Sim	16 (51,6%)	23 (14,5%)	39
Não	15 (48,4%)	136 (85,5%)	151
Total	31 (100%)	159 (100%)	190

Legenda: AAS - ácido acetilsalicílico; CV - cardiovascular

Quadro IV. Patologia cardiovascular estabelecida na amostra*

PATOLOGIA CARDIOVASCULAR	n
Doença cerebrovascular: acidente vascular cerebral isquémico; hemorragia cerebral; ataque isquémico transitório	18
DCC: enfarte do miocárdio; angina; revascularização do miocárdio com PTCA ou BAC	5
Insuficiência cardíaca, incluindo com FE preservada	6
Doença arterial periférica dos membros inferiores, sintomática	6
Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema	3

Legenda: BAC - cirurgia de revascularização coronária; DCC - doença cardiovascular coronária; FE - fração de ejeção; PTCA - intervenção coronária percutânea
* Nota: O mesmo indivíduo pode apresentar mais que uma patologia cardiovascular

No que concerne ao baixo risco, dos 64 indivíduos hipertensos classificados com este risco, só 4,7% faziam a terapêutica com AAS (n=3), sendo que a maioria (95,3%, n=61) não tinha a prescrição deste fármaco.

DISCUSSÃO

De acordo com as *guidelines*,⁴ a terapêutica antiplaquetária, particularmente o AAS em baixa dose (75-150 mg), está indicada em indivíduos hipertensos com eventos CV prévios. Na amostra estudada, esta orientação foi observada em 51,6% dos 31 utentes hipertensos com DCV estabelecida, o que significa que aproximadamente 48,4% dos indivíduos com indicação efetiva para AAS não cumpriram esta orientação.

Essa taxa difere expressivamente daquelas obtidas em alguns estudos americanos, onde os valores de utilização de terapêutica com AAS, em diversos contextos de prevenção secundária, foram de 84%,⁵ 70%,⁶ 70,8%⁷ ou 68,2%.⁹ Esta diferença evidencia claramente uma taxa de utilização subótima de AAS nos doentes com eventos CV prévios, o que poderá sugerir que a intervenção médica se encontra aquém das recomendações vigentes no que diz respeito à prevenção secundária de DCV.

Contudo, o presente estudo limitou-se a avaliar especificamente a taxa de utilização de AAS, não abordando outras opções de terapêuticas antiplaquetárias, como os antagonistas do rP2Y12. É possível que, na população estudada, existam utentes medicados com fármacos alternativos ao AAS, o que poderá contribuir para o baixo valor encontrado. Por outro lado, o AAS é um fármaco vendido sem necessidade de prescrição médica, podendo ser adquirido e tomado livremente pelos doentes sem que haja um registo dessa medicação pelo médico de família.

Também não foram avaliadas possíveis justificações para a ausência de terapêutica com AAS, como alergia/intolerância ao fármaco ou risco muito elevado/história de hemorragias GI *major* ou intracranianas que pudessem eventualmente contraindicar a terapêutica.

Relativamente à prevenção primária, as *guidelines*⁴ sugerem que esta terapêutica pode ser ponderada em duas situações: função renal reduzida ou alto risco CV, sendo que a sua instituição deve ser individualizada.

No que diz respeito ao critério de função renal reduzida, o valor do *cut-off* (TFG < 45 mL/min/1,73m²) é apresentado pela ESC⁴ como o valor para o qual se verifica que a administração de AAS está associada a uma redução particularmente acentuada de eventos CV *major* e morte em doentes hipertensos com TFG inferiores a esse valor. Nesse grupo, constatou-se que 44,4% estavam medicados com AAS.

O critério de alto risco CV incluiu os níveis de Risco “Moderado a Alto”, “Alto”, “Alto a Muito Alto” e “Muito Alto”. O facto de se incluir o nível de risco “Moderado a Alto” neste critério, prende-se com a possibilidade de haver uma subestimação do risco CV aquando da avaliação médica.^{4,8} Daqueles com risco CV alto sem DCV estabelecida, 95 utentes constituíam condição para prevenção primária e destes apenas 18 (18,9%) realizavam prevenção primária com AAS, o que significa que 81,1% doentes de alto risco CV não faziam este tipo de prevenção.

Assim, para prevenção primária, dos 97 utentes com TFG < 45mL/min/1,73m² e/ou critérios de alto risco CV, 20,6% (n=20) estavam antiagregados com AAS. Uma vez que a prevenção primária com AAS deve ser individualizada e não tem uma recomendação formal, torna-se difícil fazer comparações com outros estudos. No entanto, os resultados encontrados em estudos americanos sugerem a utilização de AAS para prevenção primária em cerca de 35%¹¹ e 31,2%.⁹

O AAS não é recomendado em doentes hipertensos de baixo risco em quem o benefício absoluto e o prejuízo são equivalentes. Na amostra estudada, verificou-se o uso de AAS em 4,7% dos utentes hipertensos de baixo risco CV, valores inferiores aos presentes na literatura, nomeadamente 11,6%¹⁰ e 26,0%.⁸

De salientar que seria relevante a existência de estudos comparativos, nomeadamente em Portugal e na Europa, e uma uniformização das escalas de estratificação de risco utilizadas.

CONCLUSÃO

O presente estudo parece apontar para uma utilização subótima de AAS em prevenção terciária das

DCV, na população de doentes hipertensos da USF estudada. Um ponto importante de reflexão com este trabalho é a designação de “prevenção secundária” que em muitos casos é erradamente utilizada em vez de “prevenção terciária”, tal como se verificou nos estudos que orientaram este trabalho. De acordo com a definição WONCA¹² prevenção secundária corresponde às “medidas adotadas tomadas para identificar um problema de saúde numa fase precoce num indivíduo ou numa população, de modo a permitir a cura ou a impedir a sua disseminação” enquanto a prevenção terciária diz respeito às “medidas tomadas para reduzir os efeitos crónicos de um problema de saúde num indivíduo ou numa população, permitindo minimizar o comprometimento funcional decorrente do problema de saúde agudo ou crónico”. Assim, após um evento CV, em boa verdade, realiza-se “prevenção terciária” e não “prevenção secundária”.

Apesar das limitações, este estudo pode constituir um momento de reflexão relativamente às recomendações em vigor e melhoria da prática clínica no que diz respeito à prescrição de AAS na prevenção das DCV.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Direção Geral de Saúde. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2013.
- Instituto Nacional de Estatística. Risco de morrer 2012. Edição 2014.
- Kolber M, Sharif N, Marceau R, Szafran O. Family practice patients' use of acetylsalicylic acid for cardiovascular disease prevention. *Canadian Family Physician*. 2013;59(1):55-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555659/>
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redo 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;31(7):1281-357. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817082>
- Chen DC, Armstrong EJ, Singh GD, Amsterdam EA, Laird JR. Adherence to guideline-recommended therapies among patients with diverse manifestations of vascular disease. *Vascular Health and Risk Management*. 2015;03(11):185-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4354443/>
- Fang J, George MG, Gindi RM, Hong Y, Yang K, Ayla C, et al. Use of Low-dose Aspirin as Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Among US Adults (From the National Health Interview Survey, 2012). *The American journal of cardiology*. 2015;115(7):895-900. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365416/>
- Fang J, George M, Hong Y, Loustalot F. Use of Aspirin for Prevention of Recurrent Atherosclerotic Cardiovascular Disease Among Adults - 20 States and the District of Columbia, 2013. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(27):733-7.
- Sehestedt T, Jeppesen J, Hansen TW, Wachtell K, Ibsen H, Torp-Pedersen C, et al. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to SCORE. *Eur Heart J* 2010;31:883-91.
- Mainous AG, Tanner RJ, Shorr RI, Limacher MC. Use of Aspirin for Primary and Secondary Cardiovascular Disease Prevention in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014;3:e000989
- VanWormer JJ, Miller AW, Rezkalla H. Identifying opportunities to improve aspirin utilization for the primary prevention of cardiovascular disease in a regional health care system. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*. 2014;113(5):190-5; quiz 196. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25739162>

11. Hira RS, Kennedy K, Nambi V, Jneid H, Alam M, Basra SS, et al. Frequency and Practice-Level Variation in Inappropriate Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease Insights From the National Cardiovascular Disease Registry's Practice Innovation and Clinical Excellence Registry. JACC. 2015;65(2):111-21.
12. Bentzen, N, et al. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Wonca International Classification Committee: Copenhagen, 2003.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores não têm nenhum conflito de interesses a declarar.

FINANCIAMENTO DO ESTUDO:

Este estudo não foi apoiado por nenhum subsídio ou bolsa.

CORRESPONDÊNCIA:

Sara Daniela Fonseca de Castro
saradfcastro@gmail.com

RECEBIDO: 12 de abril de 2018 | ACEITE: 3 de agosto de 2018