

Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes

ANA MARGARIDA COELHO*

RESUMO

Introdução A hipertensão arterial é um factor de risco cardiovascular cuja concomitância com outros factores de risco aumenta consideravelmente o risco cardiovascular global. É fundamental conhecermos este risco por forma a permitir a implementação de medidas preventivas e terapêuticas apropriadas nestes doentes.

Objectivos: Avaliar a prevalência de factores de risco cardiovasculares numa população de hipertensos de uma lista de utentes e caracterizá-la quanto ao estágio de hipertensão arterial e ao grau de risco cardiovascular.

Métodos: Tipo de estudo: Observacional, descritivo, transversal. Local: Centro de Saúde de Ermesinde/Unidade de Saúde de Alfena (C.S.E./U.S.A.), Portugal. População de estudo: Hipertensos com idade superior ou igual a 18 anos, inscritos numa lista de utentes de um Médico de Família no C.S.E./U.S.A. em Abril de 2003. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, pressão arterial (PA), colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, índice de massa corporal, tabagismo, diabetes mellitus, intolerância oral à glicose, anomalia da glicemia em jejum, história familiar de doença cardiovascular prematura, lesão de órgãos alvo e doenças clínicas associadas à hipertensão. A estratificação do risco cardiovascular foi obtida utilizando a escala de estratificação da OMS (1999).

Resultados: PA óptima ou normal foi encontrada em 11,1% dos participantes, normal alta em 24,4%, hipertensão ligeira em 47,8%, hipertensão moderada em 12,2% e hipertensão severa em 4,4%. Elevada prevalência de factores de risco cardiovasculares nos hipertensos, com 91,1% a apresentar dois ou mais factores de risco, e 45,6% com quatro ou mais factores de risco. 16,7% dos indivíduos apresentavam risco cardiovascular reduzido, 35,6% risco médio, 23,3% risco elevado e 24,4% risco muito elevado.

Conclusão: É necessário implementar medidas preventivas e terapêuticas direccionadas, no sentido da redução do risco cardiovascular. São necessários novos estudos, com aplicação das actuais guidelines para a hipertensão.

Palavras-Chave: Factores de risco cardiovascular, Estratificação de risco, Prevalência, Hipertensão arterial, Hipertensos.

dade e mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e doença coronária estão a aumentar. Em Portugal, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 39% das mortes ocorridas em 2001, estando também presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos¹.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2020, as mortes e incapacidades devidas a doença coronária e AVC irão ocupar o 1º e 4º lugares na lista das causas globais de doença². A PA elevada tem um papel central na patogénese quer da doença coronária, quer do AVC, embora se saiba estar mais associada com a patologia cerebrovascular do que com a cardiovascular³.

Os valores tensionais estão associados positivamente com o enfarte cerebral e com a hemorragia cerebral, sendo esta associação mais intensa para a hemorragia cerebral. Foi demonstrado que os valores de PA sistólica e diastólica estão positiva e continuamente ligados ao risco de AVC e que, em indivíduos de meia idade, uma diminuição mantida de 5 mmHg em relação aos valores diastólicos habituais se traduz numa redução de risco de cerca de 35-40%⁴. Também em relação à doença coronária existe associação entre os valores da PA e o risco de episódios *major*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte nos países desenvolvidos. Tendo em conta que na maior parte destes países a população está a envelhecer, a morbili-

*Interna complementar do 2º ano de Medicina Geral e Familiar Centro de Saúde de Ermesinde/Valongo, Unidade de Saúde de Sobrado

de doença coronária (morte por doença coronária ou enfarte do miocárdio). No entanto, o risco cardiovascular nos indivíduos hipertensos não é apenas determinado pelo valor da pressão arterial mas também pela existência de lesões em órgãos alvo ou de outros factores de risco, como são exemplos o tabagismo, a dislipidemia e a obesidade.

As orientações da OMS proporcionam aos clínicos informação equilibrada e não regras rígidas susceptíveis de limitar o critério de tratamento dos doentes a nível individual, uma vez que estes poderão diferir nas suas características clínicas, pessoais, socio-culturais, entre outras. Estas orientações permitem estimar o efeito combinado de diversos factores e condições no risco absoluto futuro de patologia cardiovascular grave. As estimativas foram calculadas com base nos resultados de estudos epidemiológicos, definindo-se quatro categorias de risco absoluto cardiovascular – risco baixo, risco médio, risco alto e risco muito alto. Cada categoria representa uma gama de riscos absolutos de doença, em que o risco de cada indivíduo será determinado pela gravidade e número de factores de risco presentes.

O conhecimento da prevalência dos principais factores de risco cardiovasculares nos doentes hipertensos, do estágio de hipertensão em que se encontram, assim como a classificação em termos de grau de risco cardiovascular, poderá possibilitar o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas com o objectivo de reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares nestes indivíduos.

Os objectivos definidos para este estudo foram classificar os doentes hipertensos de uma lista de utentes quanto ao grau de risco cardiovascular com base na escala de estratificação da OMS (1999), caracterizá-los quanto ao estágio de Hipertensão Arterial em que se encontram e quanto à prevalência de factores de risco cardiovasculares.

METODOLOGIA

Foi efectuado um estudo descritivo transversal, de Abril a Setembro de 2003, no Centro de Saúde de Ermesinde/Unidade de Saúde de Alfena.

A população do estudo foram os utentes hipertensos identificados na lista de um Médico de Família do Centro de Saúde de Ermesinde/Unidade de Saúde de Alfena (CSE/USA) em Abril de 2003 (N=90).

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, pressão arterial (PA), colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, índice de massa corporal (IMC), tabagismo, diabetes mellitus (DM), intolerância oral à glicose (IOG), anomalia da glicemia em jejum (AGJ), história familiar de doença cardiovascular prematura, lesão de órgãos alvo e doenças clínicas associadas à hipertensão.

Para a recolha de dados foram analisados os processos clínicos, recorrendo aos registos dos últimos 6 meses. Excepção feita ao valor da PA, ao IMC e à pesquisa de retinopatia hipertensiva, que foram recolhidos no dia da consulta, sempre pelo mesmo investigador. Os valores da PA sistólica e diastólica foram colhidos por observação directa, usando um esfigmomanómetro de mercúrio devidamente aferido, com o doente sentado. Foi considerada a média de três determinações, espaçadas cerca de 5 minutos, sendo classificada como óptima, normal, normal alta, graus 1, 2 e 3, segundo a classificação da O.M.S., com ou sem tratamento específico.

Os dados não existentes nos processos clínicos foram colhidos no dia da consulta, e foram requisitados exames auxiliares de diagnóstico no caso de necessidade de actualização de tais procedimentos.

Colesterol total sérico: variável contínua, recodificada para efeitos de apresentação de resultados em normal se <200 mg/dl, alta se entre 200-239

mg/dl, e elevada se ≥ 240 mg/dl, com ou sem tratamento específico. Foi considerado factor de risco quando o seu valor é superior ou igual a 200 mg/dl.

Colesterol-LDL sérico: variável contínua, recodificada para efeitos de apresentação de resultados em normal se <130 mg/dl, alta se entre 130-159 e elevada se ≥ 160 mg/dl, com ou sem tratamento específico. É considerado factor de risco quando o seu valor é superior ou igual a 130 mg/dl. No caso dos indivíduos diabéticos e/ou dos indivíduos com cardiopatia isquémica, o valor considerado normal é <100 mg/dl, alto se entre 100 e 129 mg/dl, e elevado se ≥ 130 mg/dl, com ou sem tratamento específico. Neste estudo foi considerado factor de risco quando o seu valor é superior ou igual a 100 mg/dl.

Colesterol-HDL sérico: variável contínua, recodificada para efeitos de apresentação de resultados em normal se ≥ 40 mg/dl e baixo se < 40 mg/dl, com ou sem tratamento específico. Foi considerado factor de risco quando o valor é < 40 mg/dl.

IMC: variável contínua, recodificada para efeitos de apresentação de resultados em:

- normal, se IMC entre 18,5 e 24,9;
- sobrepeso ou pré-obesidade, se IMC entre 25 e 29,9;
- obesidade classe 1, se IMC entre 30 e 34,9;
- obesidade classe 2, se IMC entre 35 e 39,9;
- obesidade classe 3, se IMC ≥ 40 .

Foi considerado factor de risco quando IMC ≥ 25 .

Tabagismo: considerou-se não fumador todo o indivíduo que não fumou nenhum cigarro nos últimos 6 meses.

Diabetes mellitus: será considerado diabético todo o indivíduo que efectue terapêutica específica e/ou preencha os critérios das Recomendações 2003 do grupo de estudo da diabetes da APMCG na diabetes tipo II para a prática clínica diária em cuidados de saú-

de primários⁵.

Intolerância oral à glicose: o diagnóstico implica a existência de glicemia em jejum ≥ 140 mg/dl e < 200 mg/dl após prova de sobrecarga com 75 g de glicose diluída em 2 dl de água.

Anomalia da glicemia em jejum⁴: o diagnóstico implica a existência de uma glicemia em jejum com valor ≥ 110 mg/dl e < 126 mg/dl, com prova de sobrecarga negativa.

História familiar de doença cardiovascular prematura: considerando-se positiva quando o doente refere ter conhecimento de pelo menos um caso de doença ou morte por patologia cardiovascular em familiar seu de 1º grau (do sexo masculino com menos de 45 anos e/ou do sexo feminino com menos de 55 anos); assume o valor de negativa quando isto não se verifica.

Lesão de órgão alvo: Considera-se que existe lesão de órgão alvo quando está presente pelo menos 1 das seguintes lesões:

- hipertrofia ventricular esquerda (HVE), determinada por electro ou ecocardiograma;
- proteinúria, detectada por exame de sedimento urinário;
- creatinina sérica aumentada, com valores situados entre 1,2 e 2,0 mg/dl;
- evidência ultrassonográfica ou radiológica de placa aterosclerótica (artérias carótida, ilíaca, femoral e aorta);
- estenose generalizada ou focal das artérias da retina.

Doenças clínicas associadas: foram consideradas as seguintes situações:

- doença cerebrovascular: antecedentes pessoais de acidente isquémico, hemorragia cerebral ou acidente isquémico transitório (AIT);
- doença cardíaca: antecedentes pessoais de enfarte agudo do miocárdio (EAM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), revascularização coronária;
- doença renal: antecedentes pessoais de nefropatia diabética e insuficiência

renal (ceatinina sérica > 2,0 mg/dl);

– doença vascular periférica: história pessoal de claudicação intermitente ou aneurisma dissecante;

– retinopatia hipertensiva: existência de hemorragia, exsudados ou papiledema detectados através do oftalmoscópio.

Todos os dados foram registados numa folha de inquérito elaborada para o efeito e posteriormente introduzidos numa base de dados em *Microsoft Access 2000*. A análise estatística foi realizada recorrendo ao programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.0*.

RESULTADOS

De entre os 90 utentes hipertensos identificados e analisados, 38 (42,2%) eram homens e 52 (57,8%) mulheres. A amostra era composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 33 e os 86 anos, sendo que a média e a moda de idades se situava nos 57 anos (desvio padrão de 12,72).

Em relação aos valores de PA, 11% dos indivíduos apresentavam PA ótima/normal, 24,4% PA normal alta (16,7% não diabéticos e sem insuficiência renal; 11,1% diabéticos e/ou com insuficiência renal), 47,8% hipertensão ligeira, 12,2% hipertensão moderada e 4,4% hipertensão severa. Daqui se pode concluir que 27,8% dos indivíduos estão controlados sob o ponto de vista de pressão arterial (11,1 com PA ótima/normal e 16,7% com PA normal alta, não diabéticos e sem insuficiência renal).

A avaliação das diferentes variáveis estudadas permitiu determinar os resultados resumidos nos Quadros I e II.

A prevalência de hipercolesterolemia encontrada foi de 46,7%, com cerca de 44,4% dos hipertensos identificados apresentando valores de LDL altos ou elevados. Em relação ao HDL, 23,3% dos indivíduos apresentavam valores considerados como factor de risco para

QUADRO I

PREVALÊNCIA DE FACTORES DE RISCO, DE LESÕES DE ÓRGÃOS ALVO E DE DOENÇAS ASSOCIADAS NOS DOENTES HIPERTENSOS

	n	%
Idade		
Baixo risco	50	55,6
Alto risco	40	44,4
História familiar		
Não	47	52,2
Sim	36	40
Tabagismo		
Não fumador	81	90
Fumador	9	10
IMC		
Normal	7	7,8
Exc. peso ou pré-obesidade	36	40
Obesidade classe 1	33	36,7
Obesidade classe 2	12	13,3
Obesidade classe 3	2	2,2
Colesterol Total		
Normal	48	53,3
Alto	27	30
Elevado	15	16,7
Colesterol LDL		
Normal	50	55,6
Alto	22	24,4
Elevado	18	20
Colesterol HDL		
Normal	69	76,7
Baixo	21	23,3
AGJ		
Não	85	94,4
Sim	5	5,6
IOG		
Não	88	97,8
Sim	2	2,2
Diabetes Mellitus		
Não	67	74,4
Sim	23	25,6
Lesão Órgão Alvo		
Não	68	75,6
Sim	22	24,4
Doenças associadas		
Não	72	80
Sim	18	20

doença cardiovascular (HDL<40 mg/dl).

Nos indivíduos estudados, foi encontrada uma prevalência de DM de 25,6%, com todos os indivíduos a apresentarem DM tipo II. Não foi detectado qualquer caso de de AGJ e IOG na mostra estudada.

LOA foram encontradas em 24,4% dos indivíduos, com 7 doentes a apresentar HVE, 6 proteinúria, e 12 creatinina sérica aumentada.

Doenças associadas foram encontradas em 20% dos hipertensos, com 9 doentes a apresentar doença cardíaca, 5 doentes com doença vascular periférica, 4 doentes com doença cerebrovascular, 4 doentes com doença renal e 1 doente com retinopatia hipertensiva.

No Quadro II, está representado o número de factores de risco cardiovasculares nos hipertensos estudados, considerando como factor de risco as variáveis: idade associada ao sexo, CT, LDL, HDL, IMC, DM, IOG, AGJ, tabagismo e história familiar de doença cardiovascular prematura.

A distribuição dos hipertensos estudados, quanto ao grau de risco cardiovascular, baseou-se na escala da OMS, utilizando para esse efeito apenas os factores de risco nesta contidos e a sua classificação. Este diz respeito ao risco,

em 10 anos, do indivíduo sofrer de doença cerebrovascular ou EAM. Risco reduzido corresponde a um valor inferior a 15%, risco médio entre 15 e 20%, risco elevado entre 20 a 30%, e risco muito elevado a valores superiores a 30%.

No cálculo do grau de risco cardiovascular, decidiu-se por considerar os indivíduos com valores de PA ótima/normal e normal alta em grau 1/hipertensão ligeira, uma vez que não deixaram de ser hipertensos, apesar de se encontrarem controlados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Foram obtidos todos os dados referentes aos 90 indivíduos hipertensos identificados na lista de utentes considerada. A análise dos resultados deve ter em conta que os participantes não foram seleccionados de forma aleatória, podendo a amostra não ser representativa da população, e assim não permitir a extrapolação dos resultados.

Outros possíveis vieses poderão existir, relacionados com a colheita, medição e registo dos resultados. No entanto, foram tomadas algumas medidas para minimizar possíveis erros. Assim, todos os dados não constantes no processo clínico dos utentes foram colhidos, no dia da consulta, sempre pelo mesmo investigador, utilizando sempre os mesmos instrumentos de medição devidamente aferidos. Os dados foram introduzidos na base de dados e confirmados por duas pessoas diferentes. Pode ter existido, contudo, algum erro no cálculo do risco. Este poderá estar relacionado com o facto de as análises terem sido feitas em laboratórios diferentes (viés de medição), de só terem sido colhidos os dados presentes no processo clínico referentes à presença de placa aterosclerótica (LOA), e da capacidade do investigador em avaliar a estenose das artérias da retina e a reti-

QUADRO II

**Nº DE FACTORES DE RISCO E GRAU DE RISCO
CARDIOVASCULAR NOS DOENTES HIPERTENSOS**

	n	%
Nº de factores de risco		
0	0	0,0
1	8	8,9
2	20	22,2
3	21	23,3
4 ou +	41	45,6
Grau de risco		
Reduzido	15	16,7
Médio	32	35,6
Elevado	21	23,3

nopatia hipertensiva. Tudo isto poderá ter conduzido a uma subestimação do risco cardiovascular.

A elevada prevalência de factores de risco cardiovasculares, e os valores de pressão arterial encontrados, atestam a pertinência deste estudo, uma vez que realçam a necessidade de se intervir na amostra em causa, por forma a serem tomadas as medidas necessárias ao controle da PA e à redução do risco cardiovascular.

Os resultados do estudo permitiram verificar que é elevada a agregação de factores de risco cardiovasculares na amostra estudada, com 45,6% dos hipertensos a apresentarem 4 ou mais factores de risco. Estes valores foram muito superiores aos encontrados em outros estudos⁶, revelando que não estão adequadamente controlados sob o ponto de vista de risco cardiovascular.

O estudo permitiu ainda verificar que, na amostra considerada, o factor de risco com maior prevalência é a obesidade/excesso de peso, seguida do CT e do LDL elevados. Daqui se realça o facto de, sendo estes factores de risco potencialmente modificáveis, a intervenção que será feita junto destes doentes poderá ter sucesso na redução do risco cardiovascular, assim como no controle dos valores tensionais. Como factores modificáveis existem ainda o HDL e o tabagismo, com valores de 23,3% e 10% respectivamente, também eles passíveis de ser modificados.

Doenças associadas foram encontradas em 20% dos hipertensos. Também aqui pode ter ocorrido uma subestimação destas doenças relacionada com a capacidade do investigador em avaliar a retinopatia hipertensiva.

Comparando os resultados obtidos neste estudo com outros estudos realizados em hipertensos^{7,8}, verificou-se que, em relação aos factores de risco cardiovasculares, a prevalência de obesidade (definida nos estudos como IMC ≥ 30) foi de 52,2%, valor muito superior

ao encontrado nesses estudos (cerca de 33%).

Também em relação à diabetes, observou-se um valor superior (25,6%) comparativamente a esses estudos (cerca de 10-15%)^{6,7}, o que de certa forma poderá ser explicado pela média de idades da amostra. De facto, o maior número de participantes neste estudo encontrava-se na 5ª e 6ª décadas de vida, altura em que a prevalência de DM tipo II começa a aumentar. Pelo contrário, a percentagem de fumadores encontrada (10%) foi bastante inferior aos valores habitualmente referidos para a população de hipertensos (cerca de 20-35%)^{6,7}. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os utentes com maior risco cardiovascular terem deixado de fumar.

Também em relação ao CT e quando se comparam valores de CT ≥ 240 mg/dl, a amostra estudada apresentou valores inferiores aos obtidos em outros estudos (16,7% vs 37%)⁷. Outras diferenças parecem existir, em relação aos outros factores de risco avaliados, mas essas diferenças são menos evidentes, os estudos são escassos, e as definições das variáveis nem sempre são coincidentes.

Relativamente ao estágio de hipertensão, verificou-se um predomínio da distribuição dos participantes pelo grau 1 de hipertensão/ hipertensão ligeira, com apenas 16,6% a apresentar hipertensão moderada ou severa, o que poderá ser explicado pelas medidas terapêuticas já instituídas. Esta afirmação poderá também explicar as diferenças encontradas entre este estudo e o estudo de Mounier et al.⁶, no qual 43,4% dos hipertensos estudados apresentavam valores de PA correspondentes a hipertensão moderada ou severa.

Em relação à percentagem de hipertensos controlados, obteve-se um valor de 27,8%, valor este bastante inferior ao que seria desejado, e que deve levar a repensar sobre as estratégias a implementar no sentido de inverter esta situação.

No cálculo do grau de risco cardio-

vascular importa referir que se considerou os indivíduos com PA óptima/normal e normal alta inseridos no grupo com hipertensão ligeira. Esta decisão baseou-se no facto de, embora controlados sob o ponto de vista de PA, não poderem ser considerados não hipertensos, apresentando risco cardiovascular relacionado com outros factores de risco que possam possuir. Para além disso, as escalas não são compostas por regras rígidas susceptíveis de limitar a avaliação destes doentes. Este possível artefacto no estudo poderá, no entanto, ser ultrapassado em trabalhos futuros, utilizando as recentes *guidelines* da Sociedade Europeia de Hipertensão, onde esta situação está contemplada⁸. Deste modo, verificou-se um maior número de doentes classificados em grau médio de risco cardiovascular, com apenas 16,7% apresentando risco reduzido. Estes resultados são sobreponíveis aos do estudo de Mounier et al⁶.

Face aos resultados obtidos, surge a necessidade de planejar a estratégia mais adequada para diminuir o risco cardiovascular, nomeadamente através de atitudes individuais e/ou de grupo, de educação para a saúde, de prevenção primária, secundária e terciária, de gestão de recursos materiais, humanos e económicos e de necessidades formativas. As prioridades de intervenção devem ser direccionadas para factores de risco potencialmente modificáveis, alguns dos quais apresentaram prevalências superiores a outros estudos realizados em populações de hipertensos.

Em relação à escala de estratificação de risco utilizada (escala da OMS), a opção baseou-se no facto de, à data de elaboração do protocolo, ainda não terem sido publicadas orientações mais recentes da OMS. Já no decorrer do estudo, surgiram novas orientações – JNC VII em Maio e as da Sociedade Europeia de Hipertensão em Junho de 2003 – onde a definição dos factores de risco e o cálculo do risco cardiovascular foram mo-

dificados, face a novos conhecimentos científicos, vindo resolver algumas das limitações das orientações da OMS (1999). Por tudo isto, seria interessante repetir este trabalho utilizando as actuais *guidelines* para a hipertensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde. Lisboa: INE; 2001. p. 26-31.
2. International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens* 1999 Feb; 17 (2): 151-183.
3. Ramalhinho V. Algumas notas sobre as mais recentes guidelines na hipertensão. Disponível em: URL: <http://hipertensao.med.up.pt> [Acedido em: 20/06/2003].
4. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990 Mar 31; 335 (8692):765-74.
5. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG). Recomendações 2003 do grupo de estudo da diabetes da APMCG na diabetes tipo II para a prática clínica diária em cuidados de saúde primários. Disponível em: URL: <http://www.apmccg.pt> [Acedido em 20/06/2003].
6. Mounier-Vehier C, Amah G, et al. Prise en charge de l'HTA essentielle et du niveau de risque cardiovasculaire. Observatoire en médecine générale: enquête nationale PHENOMEN. Evaluation et stratification du risque cardiovasculaire selon les recommandations de l'ANAES 2000 dans une population d'hypertendus. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2002 Jul- Août; 95 (7-8): 667-72.
7. Gavaldá L, Ramón JM, Torras MG, Martínez Amenos A, Rama H, Sarrias X. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de hipertensos esenciales. *Rev Esp Cardiol* 1993 Oct; 46(10): 626-32.
8. European Society of Hypertension – European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2003; 21: 1011-53.

Recebido para publicação em: 16/05/05
Aceite para publicação em: 4/02/2006

Endereço para correspondência

Ana Margarida Coelho
Rua da Quelha, 130. 4440-568 Valongo
Telef: 918 387 212
E-mail: anamargarida.coelho@iol.pt

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is an independent risk factor for cardiovascular disease which is of great impact when associated with other risk factors.

Aim: To determine the prevalence of cardiovascular risk factors in a population of hypertensive patients attending a family physician's office; to characterize the hypertension state and the stratification of cardiovascular risk in this population.

Methods: Descriptive cross-sectional study in 2003, at Ermesinde, Portugal. **Sample:** adult hypertensive patients attending a family physician's office (n=90). **Study variables:** sex, age, blood pressure, total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, body mass index, cigarette smoking, diabetes, family history of early cardiovascular disease, complications and hypertension associated diseases. The WHO's risk stratification scale (1999) was used to assess the cardiovascular risk. **Results:** Normal and normal high blood pressure was found, respectively, in 11,1% and in 24,4% of the hypertensive patients. Association of hypertension with other risk factors was determined in 91,1%. In 16,7% the cardiovascular risk score was low, and 24,4% had a very high risk score.

Discussion: The results emphasize the need to implement preventive and therapeutic recommendations to reduce the risk of cardiovascular disease in this population. The study should be repeated, as the new WHO cardiovascular risk guidelines were recently reviewed.

Keywords: Cardiovascular risk, Prevalence, Hypertension.