

ID RESUMO : 46 NA PISTA DA HTA SECUNDÁRIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tema : Caso Clínico

Filipa Cardoso (1), Sara Barbosa (1), Carolina Midões (1), Madalena Serra (1), Teresa Souto Moura (1)

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (1)

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) secundária, consequência de doenças potencialmente tratáveis, tem uma prevalência de 5-10% na população geral. Está tendencialmente associada a pessoas com menos de 40 anos (~85% dos casos) ou na presença de comorbilidades (como por exemplo síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) que atinge 5-15% dos doentes hipertensos). Um dos seus diagnósticos diferenciais é a HTA resistente, presente em <10% da população hipertensa 1,3. As etiologias secundárias mais comuns variam consoante o grupo etário, sendo a SAOS a causa mais prevalente nos adultos com idades compreendidas entre os 41 e os 65 anos⁴. Também é comum nestas idades o hiperaldosteronismo primário, a síndrome de Cushing, e o feocromocitoma.

Ao contrário da maioria das causas de HTA secundária do foro endocrinológico que são pouco comuns - disfunção tiroideia 1-2%, feocromocitoma <1%, síndrome de Cushing <1%, hiperparatiroidismo <1% - o hiperaldosteronismo primário tem uma taxa de prevalência de 1,4% - 10%. Os sinais clássicos de hiperaldosteronismo primário são hipertensão e hipocaliemia, ainda que os níveis de potássio se encontrem frequentemente normais. Os doentes tradicionalmente apresentam queixas de fadiga, obstipação, poliúria e polidipsia. A primeira linha de tratamento engloba o uso dos antagonistas dos receptores dos mineralocorticóides. O objetivo do tratamento destes doentes é prevenir a morbilidade e mortalidade associadas à hipertensão, hipocaliemia, toxicidade renal e danos cardiovasculares.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma senhora de 42 anos, referenciada à consulta através do médico de família, por HTA de difícil controlo. Diagnóstico 3 anos antes, seguimento no médico de família com boa adesão terapêutica (amlodipina 5mg qd e ramipril 5mg qd), no entanto com monitorização da pressão arterial (PA) em ambulatório a constatar labilidade tensional (PA sistólica 134-169 mmHg; PA diastólica 91-101 mmHg). Sem outros antecedentes pessoais de relevo, cessação tabágica 1 ano antes da consulta, hábitos etanólicos sociais, sem outras toxicofilias. Consumo de 4 chávenas de café por dia. De antecedentes familiares, a mãe era hipertensa e a avó tinha doença cerebrovascular crónica. A doente referia também ter sido sempre magra, tendo no entanto engordado nos últimos meses, que associava a um estilo de vida mais sedentário. À observação facies incaracterística, índice de massa corporal de 34 Kg/m², sem estrias abdominais ou acanthosis nigricans. Avaliação laboratorial compatível com aldosteronismo: aldosterona 49,20

ng/dL, renina ativa 1,1 µUI/mL, razão aldosterona/renina = 45, potássio 3,3 mEq/L. Ecografia renal com documentação de nódulo na supra-renal direita com 19,7 por 14,7 mm, confirmado por tomografia computadorizada. Reajustada terapêutica tendo-se adicionado espironolactona 25 mg qd à prescrição. Reencaminhada para consulta de Cirurgia Endocrinológica, que aguarda.

Conclusões: A HTA secundária, pela sua baixa prevalência, requer alto grau de suspeição. Adicionalmente, o rastreio universal é dispendioso e trabalhoso, pelo que é primordial saber que doentes devemos estudar. Uma das pistas, bem ilustrada neste caso, é a repentina irregularidade tensional, num doente previamente hipertenso e bem controlado. Outro aspecto essencial é ter o olhar treinado para reconhecer aspectos clínico/laboratoriais sugestivos de alguma das causas específicas é fundamental, como neste caso foi a presença de hipocaliemia. Por fim, em doentes com uma causa potencialmente reversível de hipertensão, a deteção e tratamento precoce são importantes para minimizar/prevenir alterações irreversíveis na vasculatura sistémica que podem dar origem a hipertensão persistente com um resultado desfavorável a longo prazo.

ID RESUMO : 47 URAPIDIL - UMA ALTERNATIVA NO CONTROLO TENSIONAL DO DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Tema : Revisão de Tema (clássica ou RBE)

Carolina Midões (1), Ana Rita Barradas (2), Sérgio Pereira (2), Alberto Fior (3), Ana Paiva Nunes (3)

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital de São José (1), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz (2), Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital de São José, Unidade CerebroVascular (3)

Resumo

Introdução: O urapidilo é um vasodilatador com mecanismo de ação duplo - antagonista dos recetores alfa 1 e agonista dos recetores 5HT_{1A} - e constitui uma opção de tratamento eficaz e bem tolerada na redução da tensão arterial (TA), representando uma opção a ter em conta no tratamento anti-hipertensivo em determinadas condições clínicas. Ao contrário de outros antagonistas alfa, o seu efeito simpaticolítico central - mediado pela estimulação dos recetores serotoninérgicos 5HT_{1A} - potencia a vasodilatação arteriolar, e consequente diminuição da resistência vascular periférica (com diminuição da pré e da pós-carga), reduzindo a taquicardia reflexa, frequentemente associada à terapêutica vasodilatadora. Para além da redução da TA, estudos demonstraram o benefício do urapidilo na melhoria do controlo metabólico, especialmente da dislipidemia e da diabetes em doentes com patologia cardiovascular.

A sua metabolização é de predomínio hepático e de excreção renal, com pico de ação aos 2-5 minutos após a primeira administração e



semivida de distribuição de cerca de 35 minutos, sendo um fármaco que atravessa a barreira hematoencefálica. Os efeitos adversos são pouco frequentes, consistindo em náuseas, vômitos, cefaleias, taquicardia ou bradicardia e estando habitualmente relacionados com a redução súbita da tensão arterial.

De acordo com as guidelines da European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension de 2018 sobre hipertensão arterial (HTA), o urapidilo é considerado terapêutica de segunda linha nas crises e emergências hipertensivas e na HTA maligna refratária com ou sem lesão de órgão alvo, nomeadamente nos casos de acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico e nos síndromes coronárias agudas.

Discussão: No doente com AVC, a HTA adquire uma importância substancial, não só por se tratar do fator etiológico mais prevalente nestes doentes, mas também porque é necessário o seu controlo na fase aguda do AVC. O perfil tensional elevado está globalmente associado a piores outcomes, quer no doente com AVC isquémico (com ou sem indicação para terapêutica de fase aguda), quer nos doentes com AVC hemorrágico, e embora o seu controlo excessivo seja contra-indicado – por ser possível causador de maior morbilidade e mortalidade) – este continua a ser necessário para a melhoria do prognóstico destes doentes. Assim, a gestão da TA nestes doentes é complexa requerendo uma definição de alvos terapêuticos.

Os alvos terapêuticos encontram-se definidos tanto no AVC isquémico como no hemorrágico. No caso do AVC isquémico, se o doente for elegível para terapêutica de fase aguda, a TA deverá ser inferior a 185/110 mmHg antes de iniciar terapêutica e deverá ser mantida nesses valores nas primeiras 24h após terapêutica. Relativamente ao AVC hemorrágico, se TA sistólica > 180 mmHg deverá ser administrada terapêutica, sendo considerado seguro a redução de cerca de 15% do valor tensional.

Dos estudos atualmente disponíveis, o urapidilo demonstrou ser uma alternativa terapêutica, particularmente útil para os doentes com contra-indicações para o uso de betabloqueantes e nitratos, visto apresentar uma eficácia semelhante, quer em associação com outros anti-hipertensores, quer em monoterapia. As suas características de semi-vida curta, ação rápida e titulação fácil, facilitam ainda mais a sua aplicabilidade na prática clínica.

Conclusão: O urapidilo deve ser considerado uma opção no tratamento de urgências e emergências hipertensivas, em particular na fase aguda do AVC, existindo por isso vantagem na criação de protocolos que facilitem a sua aplicabilidade na prática clínica.

ID RESUMO : 48 IMPORTÂNCIA DE ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NAS EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Tema : Revisão de Tema (clássica ou RBE)

Paula Felgueiras (1), Ana Catarina Carvoeiro (2), Bárbara Ramos

(2), Edite Mendes (2), Joana Braga (2), Soraia Oliveira (2), Miguel Morgado (2), Rogério Corga da Silva (2), Andriy Bal (2), José Caldeiro (2)

Unidade Local de Saude do Alto Minho, Departamento Medicina Crítica (1), Unidade Local de Saude do Alto Minho (2)

Resumo: A Urgência e a Emergência Hipertensivas são situações clínicas frequentes e que podem representar mais de 25% das admissões no serviço de urgência. As emergências hipertensivas são caracterizadas por uma elevação da tensão arterial associadas a lesão de órgão-alvo (síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão, dissecção da aorta, acidente vascular cerebral) e constituem uma causa importante de admissão na sala de emergência.

Os autores apresentam o protocolo elaborado para atuação nas emergências hipertensivas em contexto de sala de emergência.

Os autores pretendem realçar a importância da abordagem atempada da emergência hipertensiva e do seu correto tratamento. Conhecer a realidade das emergências hipertensivas, quer a nível do diagnóstico, quer a nível da abordagem terapêutica são fundamentais para qualquer hospital. Os autores propõem-se também a realizar uma breve revisão teórica.

Bibliografia: 1. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and European Society of Hypertension (ESH); Williams et al; European Heart Journal, Volume 39, Issue 33, 01 September 2018, Pages 3021–3104, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339> 2. Fagard RH. Resistant hypertension. Heart 2012; 3. De la Sierra A, Segura J, Banegas JR, Gorostidi M, de la Cruz JJ, Armario P, et al. Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring. Hypertension 2011; 4. Daugherty SL, Powers JD, Magid DJ, Tavel HM, Masoudi FA, Maragolis KL, et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. Circulation 2012; 5. Jorge Polónia; Luis Martins; Hipertensão resistente na prática clínica, Ponticor; 6. JNC VII. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Jama 2003; 7. WHO/ISH Guidelines Committee for the management of hypertension; J Hypertension, 2003; 8. Kaplan's Clinical Hypertension, Kaplan 2003; 9. Thomas G. Pickering, et al; Recommendations for Blood Pressure Measurements in Humans and experimental animals. Circulation, 2005; 111:697-716

ID RESUMO : 50 CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS DETERMINANTES O NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA CIDADE DE MAPUTO

Tema : Investigação Clínica

Sheila Tualufo (1), Esselina Tembe (2), Albertino Damasceno (3)

1. Residente em Saúde Pública, Ministerio da Saude, Moçambique (1),

*Medica de Clinica Geral, Hospital Geral da cidade de Maputo (2),
Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane (3)*

Resumo

Introdução: A prevalência da hipertensão arterial (HTA) tem aumentado nos últimos 30 anos na Africa Sub Sahariana sem que simultaneamente tenha aumentado o seu grau de diagnostico, tratamento e controle que se mantêm extremamente baixos. Concretamente em Moçambique e de 2005 para 2015 a prevalência da HTA passou, na população adulta, de 33% para 39% mantendo-se o seu controle em 3%. Os factores determinantes deste baixo controle são desconhecidos.

Objectivos: O presente estudo avaliou a frequência da HTA não controlada em doentes seguidos nas consultas de doentes crónicos de 9 centros de saúde a nível primário da cidade de Maputo e os seus eventuais determinantes.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal, prospectivo, envolvendo 500 doentes. Em 9 centros de saúde primários da cidade escolhidos aleatoriamente, cerca de 55 doentes consecutivos presentes na consulta de doentes crónicos e com pelo menos 6 meses de seguimento foram avaliados por cada centro. Formam colhidos dados demográficos, clínicos, relacionados com o estilo de vida, com o conhecimento, atitudes e práticas em relação à HTA e a medicação. Foi ainda avaliada a pressão arterial 3 vezes sucessivas e de acordo com os procedimentos habituais. Considerou-se não controlado o doente cuja média das duas últimas medições fosse superior a 140/90 mm Hg. Definiu-se inercia terapeutica o não incremento da terapêutica anti hipertensiva após duas ou mais consultas sucessivas em doentes não controlados.

Resultados: A população estudada foi predominantemente feminina 385 (77%), a média da idade foi de 59.68 anos (± 10.369) e a duração da HTA de 8.9 anos (± 8.19). A maior parte dos participantes tinha um baixo nível de escolaridade, sendo que 439 (87.8%) tinham nível primário ou não tinham educação formal. Quase dois terços dos doentes 306 (61.2%) estavam medicados com dois fármacos e só 16% faziam 3 ou mais fármacos, Mais de metade dos participantes (67.2%) reportou ter tido dificuldade em adquirir os medicamentos no centro de saúde nos últimos 6 meses..

A maioria dos participantes 73.2% (n=366) tinha níveis de pressão arterial não controlados. O não controle da HTA estava directa e significativamente associado á inercia terapêutica e á dificuldade em adquirir os medicamentos e inversamente á idade, ao número de fármacos prescritos e ao intervalo entre as consultas.

Conclusões: A HTA não controlada é um problema importante nas consultas de doentes crónicos a nível primário da cidade de Maputo e está relacionada com a disponibilidade de medicamentos e a inercia terapêutica. Maior disponibilidade de fármacos e a capacitação do pessoal de saude poderá eventualmente resultar num melhor controle dos doentes.

ID RESUMO : 52

ACUTE ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION IN OBESE HYPERTENSIVE PATIENTS – CAN WE

CONSIDER A DIFFERENT APPROACH?

Tema : Risco Cardiovascular

Fabiana Duarte (1), Inês Coutinho dos Santos (1), Maria Inês Barradas (1), Luís Oliveira (1), Raquel Dourado (1), Carina Machado (1), Anabela Tavares (1), Dinis Martins (1)

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (1)

Resumo

Introduction: Several risk factors, including smoking habits, deficient blood pressure control, obesity, diabetes, dyslipidemia and chronic kidney disease, are negatively associated with adverse cardiovascular events. Acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) is a serious problem associated with a high burden of cardiac disease.

Objective: The scope of our work was to determine if obese hypertensive patients had a different clinical presentation and/or a poorer outcome, mainly related to hemorrhagic complications and major adverse cardiovascular events (MACE).

Methods: Retrospective single center cohort study enrolled 121 patients with STEMI diagnosis, during a mean follow-up period of 135 ± 31 weeks. We characterize this cohort of patients admitted to our intensive unit care. In-hospital hemorrhagic complications (IHHC) included intracerebral hemorrhage, those resulting in hemodynamic compromise or requiring a blood transfusion were accessed. MACE was a composite endpoint of in-hospital cardiovascular death and sustained ventricular arrhythmic events.

Results: The mean age was 58.3 ± 12.7 years and 102 were male (84.3%). Thirty-six patients (29.8%) were overweight and twenty-four (19.8%) were obese. Hypertension was more prevalent in women (84.2% vs. 47.1%, respectively; $p = 0.003$) and also diabetes (42.1% vs. 13.8%, respectively; $p = 0.021$). Obese hypertensive patients were mainly women (52.6% vs. 27.5%; $p = 0.030$). There were no statistically differences in other comorbidities between genders. All obese hypertensive patients were medicated for hypertension, 15 (39.5%) with one pill, 7 (18.4%) with two pills and the remaining (5.3%) with three pills. The mean systolic blood pressure (SBP) at presentation was 126 ± 2.3 mmHg and diastolic blood pressure was 78.5 ± 1.5 mmHg. Obese hypertensive patients had higher blood pressure values (SBP mean 136 ± 33 mmHg), but no differences in symptoms ($p = 0.20$) or Killip-Kimball classification ($p = 0.93$) were evident.

Regarding to in-hospital hemorrhagic complications, female patients had a statistically significant higher risk (22.2% vs. 7.1%, $p = 0.045$), but it was independent of other comorbidities, including hypertension, obesity or diabetes ($r = 0.249$; ANOVA p -value < 0.005).

In the subset of obese hypertensive patients, no differences in IHHC ($p = 0.56$) or MACE ($p = 0.18$) were detected.

Conclusion: Obese hypertensive patients were mainly women medicated with one pill. Despite higher blood pressure values at



admission, this group had similar outcomes, including hemorrhagic events. The authors advocate that a good control of risk factors is crucial to minimize their impact on clinical outcomes.

ID RESUMO : 53

APLICAÇÃO DA AUTO MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM AMBULATÓRIO (AMPA) NA GESTÃO DA HTA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Tema: Investigação Clínica

Cláudia Vieira (1), Daniela Morais (1), Diogo Ivan Rodrigues (1), Catarina Cascais (1), Eduardo Martins (1), Bruno Cerca (1), Jaime Ribeiro (1), Tiago Mendes (1)

USF Corgo (1)

Resumo

INTRODUÇÃO: A medição da Pressão Arterial (PA) no domicílio é um complemento importante à medição da PA no consultório, sendo útil na avaliação do controlo da Hipertensão Arterial (HTA). Vários estudos encontrados na literatura médica, bem como recomendações de diferentes Sociedades Científicas nacionais e internacionais, sustentam a ampla utilização da AMPA para melhorar a estratificação de risco nos doentes hipertensos e permitir uma estimativa mais precisa do controlo da HTA na comunidade. Estando em plena pandemia de COVID-19 e com acessibilidade limitada aos cuidados de saúde, mostrou-se necessária a maior capacitação e integração do doente na gestão da sua doença com objetivo último na redução da morbilidade e mortalidade relacionadas com as doenças cérebro-cardiovasculares.

OBJETIVOS: avaliar a adesão à utilização da AMPA durante o ano de 2021 numa Unidade de Saúde Familiar (USF) como estratégia de gestão de HTA em tempos de pandemia de COVID-19.

MÉTODOS: Estudo descritivo e retrospectivo dos utentes com 18 ou mais anos, que realizaram AMPA, de acordo com as guidelines da Sociedade Europeia de Hipertensão para a AMPA e com recurso a esfigmomanómetros validados, no contexto de gestão de HTA ou na suspeita de HTA no período de 1 de Janeiro de 2021 e 31 de Dezembro de 2021 numa USF.

RESULTADOS: No período de estudo 398 utentes realizaram AMPA, 47% (n=187) do sexo masculino e 53% (n=211) do sexo feminino, com uma média de 62,2 anos de idade com desvio-padrão de 12,13 anos. Do total de AMPA avaliados, 63% (n=250) foram considerados válidos e 37% (n=148) inválidos. 67% (n= 266) dos utentes estavam classificados como hipertensos previamente à realização da AMPA, 12% (n=48) foram diagnosticados de novo e em 21% (n=84) não se confirmou diagnóstico de HTA. Os principais motivos de realização da AMPA foram para avaliação do grau de controlo da HTA com vista a eventual ajuste terapêutico se necessário ou instituição terapêutica em doentes não diagnosticados.

CONCLUSÕES: A adesão à utilização da AMPA como ferramenta

de avaliação do grau de controlo da HTA foi elevada. A AMPA ao fornecer um maior número de medições da PA, em condições ideais, fora do contexto de consulta, permite ter uma perceção mais fidedigna do seu perfil tensional, sendo um método barato e amplamente acessível. A utilização desta ferramenta para além de permitir avaliar com maior precisão o controlo da doença e as necessidades de reajuste terapêutico, permite uma maior envolvimento e capacitação do doente na gestão da doença, com potencial efeito benéfico na adesão terapêutica e no controlo da PA, especialmente quando combinada com a educação e o aconselhamento. Em tempos de pandemia, a utilização deste tipo de ferramentas constituiu uma excelente oportunidade para gerir doentes com doença crónica, aumentando a sua acessibilidade aos Cuidados de Saúde, garantindo o cumprimento de todas as normas de segurança sanitária. No futuro, e estando em pleno contexto de saúde digital, a utilização deste tipo de ferramenta poderá possibilitar que doentes com HTA tenham teleconsultas como suplemento ou alternativa a consultas presenciais com criação de plataformas online para registo e avaliação da PA.

ID RESUMO : 54

VIDA SEXUAL DE PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Tema: Revisão de Tema (clássica ou RBE)

Pedro Carretas (1), Paula Rodrigues (2), Jeni Vicente (1), Ana Paula Silva (1)

UCSP São Pedro do Sul (1), UCSP Penafva do Castelo (2)

Resumo

Introdução: A atividade sexual (AS) é uma componente essencial da qualidade de vida sendo motivo de grande preocupação em utentes com doença cardiovascular (CV). Existe um certo receio de que a AS possa vir a despoletar um evento cardíaco maior, o que pode levar os utentes a uma evicção do ato sexual. Nestes pacientes, devido aos fatores de risco CV presentes, também é bastante comum o surgimento de disfunção sexual.

Objetivos: Revisão da literatura existente acerca das propriedades da atividade sexual em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.

Metodologia: Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica de artigos de revisão publicados na última década, em inglês e português, nas bases de dados Pubmed, Cochrane Library e UpToDate, utilizando os termos MeSH: sexual activity e cardiovascular disease.

Resultados: A AS que abrange a excitação, ereção, ejaculação, período refratário e resolução, é dependente de alterações do sistema nervoso autónomo (SNA). Nos homens, a excitação sexual e a ereção resultam da estimulação dos nervos parassimpáticos penianos, da redução da atividade do sistema simpático e da libertação de óxido nítrico (ON) do endotélio. Nas mulheres, a

excitação sexual resulta, maioritariamente, do sistema nervoso simpático, sendo este componente do SNA responsável pela maior parte do fluxo de saída do sistema CV no momento do ato sexual. A percepção de uma sobrecarga do esforço cardíaco associado à AS, foi inicialmente descrita em pacientes com angina estável que, frequentemente, referiam desconforto torácico durante ou imediatamente após a relação sexual. Durante o ato sexual, existe de facto, um aumento da frequência cardíaca (FC) e na tensão arterial (TA) de igual forma que acontece com qualquer forma de exercício físico. Em estudos realizados em “condições de vida real”, onde foi monitorizada a AS de casais nas suas próprias casas, foi registada uma FC média de 117 batimentos por minuto e uma TA média de 162/89 mmHg no clímax. O uso de terapêutica médica adequada, tais como beta-bloqueadores ou nitratos sub-linguais de forma profilática, podem prevenir a sintomatologia nestes pacientes e proporcionar uma vida sexual normal.

Com vista a determinar o risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) pós-coito, foram realizados vários estudos case-crossover com resultados semelhantes. Demonstraram que a AS pode ser considerada um trigger para EAM, mas de forma transitória. Ou seja, como a AS é um trigger temporário que aumenta o risco por um período de cerca de 2 horas, o seu risco absoluto é mínimo. Baseado nestes estudos, um homem de 50 anos sem doença ou fatores de risco CV estabelecidos com um risco basal anual de EAM de 1%, ao adicionar AS semanal, o seu risco passa para 1,01%. Num utente que possua alto risco para EAM de 10%, apenas aumentará para 10,1% devido à AS semanal.

O desempenho sexual é um importante componente de qualidade de vida e bem-estar. A prevalência de disfunção sexual, nomeadamente a disfunção erétil (DE) nos homens, é maior naqueles que possuem doença CV do que na população em geral. Os inibidores da fosfodiesterase 5 (iPDE-5) são globalmente utilizados no seu tratamento. Estes fármacos podem levar a uma diminuição dos níveis de PA. Uma importante limitação desta classe é a sua contra-indicação em pacientes que tomam nitratos, seja de forma regular ou intermitente. A toma simultânea de iPDE-5 e nitratos pode conduzir a hipotensão grave e síncope. Em contraste, os iPDE-5 são tipicamente bem tolerados com anti-hipertensores, apresentando uma redução mínima da PA.

Discussão: A AS está associada a um stress hemodinâmico moderado e aumenta o risco de EAM. Contudo, o seu risco absoluto é mínimo e pode ser minimizado com atividade física regular ou medicação. Os pacientes com doença CV deverão estar aptos a uma vida sexual normal, desde que devidamente acompanhados e aconselhados pelo seu médico assistente.

ID RESUMO : 55 EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE O TRABALHO POR TURNOS COM HORÁRIO NOTURNO E O AUMENTO DE RISCO DE HIPERTENSÃO?

Tema: Revisão de Tema (clássica ou RBE)

Rui Cunha (1), Andreia Mandim (2), Carlos Ochoa (3)

Serviço de Saúde da RAM EPERAM – Hospital Dr. Nélito Mendonça, Serviço de Saúde Ocupacional (1), Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde, EPE, Serviço de Medicina Interna (2), Instituto Português de Oncologia do Porto Dr. Francisco Gentil, EPE, Serviço de Saúde Ocupacional (3)

Resumo

O trabalho por turnos é muitas vezes atrativo devido à maior flexibilidade de horários e melhores salários, contudo traz alguns riscos e custos para a saúde dos trabalhadores. Está relacionado com a aterosclerose, diabetes, síndrome metabólica, além de perturbações do sono, sendo uma importante causa de doenças cardiovasculares e de aumento do risco de hipertensão.

O objetivo desta revisão foi verificar se existe associação entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e o aumento do risco de hipertensão.

Esta revisão da literatura foi realizada com recurso à base de dados da Pubmed e da Scielo, de artigos originais e de revisão, utilizando os termos “night shift”, “shift work” e “hypertension”. A pesquisa foi limitada a artigos em inglês e português, publicados entre 2000 e 2022.

O trabalho por turnos incluindo o horário noturno altera a normal variação diurna da pressão arterial, reduzindo a descida noturna dos valores da pressão arterial. As mudanças para um perfil “non-dipper” podem, a longo prazo, aumentar o risco de hipertensão.

A melatonina exerce um importante efeito mediador na regulação da pressão arterial, atuando nas células endoteliais vasculares, sendo a sua secreção e inibição influenciada pela iluminação. Neste sentido, o controlo da pressão arterial é mais difícil em trabalhadores por turnos, uma vez que a sua exposição irregular à luz causa alterações na secreção de melatonina, perturbando o ritmo circadiano.

Os trabalhadores noturnos descansam em horários opostos aos do padrão cronobiológico. Essa mudança no padrão cronobiológico causa alterações no ciclo circadiano normal da pressão arterial, que se caracterizam por uma diminuição dos níveis de pressão arterial no período noturno e por um aumento no período diurno. Em vez de ocorrer uma diminuição do valor da pressão arterial quando se inicia o período noturno, ela mantém-se ao nível esperado para o período diurno. Esta variação a longo prazo, é responsável pelo aumento da pressão arterial média dos trabalhadores.

Uma revisão sistemática e meta-análise demonstrou uma associação significativa entre o trabalho por turnos e a hipertensão, com um aumento de 1,10-1,31 vezes o risco de hipertensão. Há evidências na literatura da associação entre o trabalho por turnos e a privação de sono, além de privação de sono com hipertensão. Um estudo com cerca de 630.000 pessoas na Coreia do Sul concluiu que o trabalho noturno pode causar desregulação da pressão arterial em trabalhadores que tomam anti-hipertensores. Um estudo no Canadá, reforçou a hipótese de que o trabalho noturno e os turnos rotativos estão associados a um risco elevado de hipertensão. Quando os turnos são rotativos, a maioria dos indivíduos é capaz



de se ajustar melhor aos turnos de rotação para a frente (ou seja, manhã, tarde e noite), principalmente se a velocidade de rotação for mais lenta (> 4 dias por turno). Poder-se-ia pressupor que o turno fixo noturno poderia permitir adaptações mais favoráveis do que o turno rotativo. Contudo, uma avaliação do ritmo de melatonina endógena para avaliar o ajuste hormonal a um horário de turno noturno fixo mostrou que menos de 3% dos trabalhadores neste horário teve um “ajuste completo” do ritmo de melatonina.

Assim, é possível concluir, com base em vários estudos, que existe associação entre trabalho com turnos rotativos incluindo horário noturno e o aumento do risco de hipertensão. Contudo, há ainda poucos estudos que comprovam a relação de causa direta entre estes, bem como a magnitude do risco de hipertensão. Ainda assim, é importante destacar que a existência de mecanismos comportamentais associados ao trabalho por turnos com horário noturno, nomeadamente alterações do padrão do sono, alterações nos hábitos alimentares e menor atividade física, com consequente aumento do índice de massa corporal, bem como maior dificuldade no cumprimento da terapia anti-hipertensora, são fatores de risco para o aparecimento de hipertensão.

ID RESUMO : 57

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ CARLOS DE LIMA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM MINAS GERAIS

Tema: Investigação Básica

Pedro Henrique Zuba Xavier (1)

Universidade Federal de Minas Gerais (1)

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição caracterizada por pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mm Hg, em várias medições, ou pressão diastólica acima ou igual à 90 mm Hg, persistentemente. Se não tratada adequadamente, pode gerar complicações no aparelho circulatório, entre outras comorbidades, cabendo à Atenção Primária seu rastreio e acompanhamento. Este trabalho tem como objetivo a elaboração de um plano de intervenção para a melhorar o acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão da Unidade Básica de Saúde José Carlos de Lima, localizada no município de Montes Claros em Minas Gerais. Após a realização de um diagnóstico situacional da área adscrita à Unidade, foram levantados os principais problemas da comunidade, verificando-se um elevado número de pacientes hipertensos com baixa adesão ao tratamento. Para a sustentação teórica do trabalho foi realizada uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde. Por fim foi elaborado um plano de ação fundamentado nos passos do Planejamento Estratégico Situacional para enfrentamento do problema. Assim, espera-se que essas ações,

após implementadas, tenham impacto direto e indireto na redução da morbimortalidade da população, bem como uma melhora na assistência à saúde da comunidade e na sua qualidade de vida.

ID RESUMO : 61

HIPERTENSÃO ARTERIAL GRAVE E HIPOCALIÊMIA COMO MANIFESTAÇÕES DE CUSHING ECTÓPICO

Tema: Caso Clínico

Catarina Reigota (1), Ana Luísa Silva (1), Filipe Vilão (1), Isabel Fonseca (1), Lèlita Santos (1)

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (1)

Resumo

Introdução: O hipercortisolismo secundário à produção ectópica de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) corresponde a uma forma rara de síndrome de Cushing (cerca de 10%). Esta hormona pode ser produzida por uma ampla variedade de tumores extra-hipofisários, de difícil diagnóstico, o qual, na maioria das vezes, é tardio. Os mais comuns são os tumores neuroendócrinos do pulmão, seguidos dos neuroendócrinos do timo, intestino e pâncreas, e dos carcinomas medulares da tireóide.

Caso Clínico: Doente do género masculino, 64 anos, trazido ao Serviço de Urgência por alteração do comportamento.

Como antecedentes pessoais é de referir cirurgia a neoplasia da laringe há 26 anos (sem evidência de recidiva), hipotireoidismo, doença de Parkinson, demência e hábitos etílicos pregressos com internamentos prévios por Síndrome de privação alcoólica.

Ao exame objetivo, apresentava-se hipertenso (pressões arteriais máximas de 200/120 mmHg) e com plétora facial. Sem outras alterações a referir, nomeadamente aspeto cushingóide ou hiperpigmentação cutânea.

Analiticamente com alcalose hipocaliémica (2.4 mmol/L) e hipoclorémia (91 mmol/L).

Por hipertensão arterial e hipocaliémia refratárias ao tratamento, foi realizado o estudo complementar de hipertensão secundária, que revelou níveis séricos aumentados de ACTH (810 pg/mL) e cortisol (78 ug/dL), com níveis séricos diminuídos de renina ativa (4 uU/mL) e de aldosterona (35.3 pg/mL).

Não foram evidentes lesões hipotálamo-hipofisárias na TC crânio-encefálica. A TC torácica não revelou alterações a nível pulmonar sugestivas de neoplasia. A nível abdominal, de referir hematoma de 4 cm junto à glândula suprarrenal direita.

Foi diagnosticado como tendo provável Síndrome de Cushing secundária à produção ectópica de ACTH e transferido para o serviço de Endocrinologia para continuar o estudo com ressonância magnética da hipófise e cateterismo dos seios petrosos, podendo posteriormente iniciar o tratamento com metirapona (inibidor da síntese de cortisol).

Discussão: A Síndrome de Cushing secundária à produção ectópica de ACTH representa um verdadeiro desafio diagnóstico e

exige um raciocínio clínico apurado, atendendo às diversas formas de apresentação clínica da doença. Tratando-se de uma entidade potencialmente fatal, o controlo do hipercortisolismo torna-se imperativo, mesmo que a origem do tumor produtor de ACTH permaneça oculta.

Trata-se de um caso com bastante interesse clínico que pretende alertar para a necessidade de se considerar a hipótese diagnóstica de Cushing ectópico em doentes com alcalose hipocaliémica e hipertensão arterial refratárias, mesmo que não apresentem o espectro completo de manifestações clínicas típicas desta síndrome. A importância do seu diagnóstico correlaciona-se com as consequências metabólicas e cardiovasculares da doença.

ID RESUMO : 62 HIPERTENSÃO – PSICOLÓGICAMENTE ALÉM DO SCORE

Tema: Caso Clínico

Inês Sousa Pinto Guimarães (1), Ana Maria Macedo Figueiredo Falcão e Cunha (1)

USF Laços, AGeS Baixo Vouga (1)

Resumo

Enquadramento: Nos cuidados de saúde primários, a quantificação do risco cardiovascular pode fazer-se através da realização do SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Este cálculo é automático, tendo em conta: sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total. A pertinência deste caso prende-se com o surgimento de outros fatores de risco igualmente importantes (ex. psicossociais) e a valorizar no risco cardiovascular. O Médico de Família, no decorrer da sua prática clínica, poderá intervir, de forma individualizada, controlando fatores de risco modificáveis.

Descrição do caso: Mulher, 42 anos, 4 filhos (família monoparental). Responsável pela linha de produção. Antecedentes: adenomiose, perturbação de ansiedade generalizada, histerectomia. Medicação habitual: Mexazolam 1mg. Numa consulta, em 2015, verificou-se aumento tensional. Recomendada a realização de AMPA (auto-medição da pressão arterial em ambulatório) e alterações de estilo de vida, tendo regressado à consulta 2 meses depois. Por persistência do aumento tensional, foram prescritos Holter e Ecocardiograma e foi medicada com Lisinopril 20mg. Em consulta posterior trouxe os exames, que não apresentavam alterações relevantes. Convocada para várias consultas de seguimento, nunca compareceu na Unidade entre 2015 e 2021 “por se sentir bem e ter muito trabalho” (sic.). Regressou à consulta em fevereiro 2021. Mantinha-se o aumento tensional e a utente explicou incumprimento terapêutico por dificuldades económicas. Realizou-se história clínica detalhada para apurar outras causas deste quadro, tendo-se verificado que entre 2013 e 2014 foi vítima de violência doméstica pelo ex-companheiro (com história de alcoolismo). Neste contexto, teve várias idas ao Serviço de Urgência por crise de pânico e agressão física. Durante

esse período, abandonou a sua residência, foi viver para casa de acolhimento e separou-se do companheiro. Relativamente aos filhos, o mais novo encontra-se numa instituição desde fevereiro 2021, sendo seguido em Pedopsiquiatria por baixo rendimento escolar e comportamentos inadequados e manipulativos. A utente, encontra-se em estudo para exclusão de outras possíveis causas de hipertensão.

Conclusão: Nunca é demais sublinhar a importância de uma abordagem holística, sendo o papel do Médico de Família fundamental. Neste caso, a utente não apresentava fatores de risco cardiovascular ditos como “clássicos”. Porém, apresentava fatores psicossociais (vítima de violência doméstica, família monoparental, problemas familiares, ansiedade) e socioeconómicos que contribuem para o aumento do risco de doenças cardiovasculares. Assim, uma história clínica detalhada contribui para a determinação de novos fatores de risco e, subsequentemente, do risco cardiovascular.

ID RESUMO : 63 HIPERTENSÃO ARTERIAL E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: O PAPEL DO ECOCARDIOGRAMA. REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

Tema: Lesão de órgão alvo

Bárbara Saraiva (1), Ivanna Ostapiuk (1), Jéssica Fidalgo (1), Orlando Mendes (1), Celestina Blanco Torres (1), João Correia (1)

ULS Guarda- Hospital Sousa Martins (1)

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é atualmente um problema de saúde transversal à população portuguesa, sendo o fator de risco mais importante para a morbilidade e mortalidade cardiovascular. Dois órgãos que podem apresentar sinais do estado tensional dos doentes são o coração e o cérebro. Do ponto de vista cardíaco pode haver alterações estruturais que apenas têm tradução clínica tardia, a nível cerebral o acidente vascular cerebral (AVC) é com alguma frequência uma manifestação inicial de um conjunto de fatores de risco mal controlados. Cabe ao Internista o papel de uma avaliação global do doente, não só do ponto de vista do diagnóstico e tratamento, bem como da prevenção.

Objetivos: Avaliar a presença de lesão de órgão alvo cardíaca nos doentes internados por AVC isquémico (AVCi) que apresentaram HTA como um dos fatores de risco cardiovascular major para o evento.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo através da consulta do processo clínico dos doentes internados numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) durante o período de Janeiro a Dezembro de 2021. A avaliação de lesão de órgão alvo cardíaca foi feita através de alterações detectadas em ecocardiografia. Critérios de Inclusão: diagnóstico de AVCi e realização de ecocardiografia. Pesquisa: codificação de GDHs e consulta dos processos clínicos.



Análise estatística: Microsoft Excel.

Resultados: Dos 199 doentes internados na U-AVC, foram incluídos 146 doentes neste estudo, 89 do sexo masculino e 57 do feminino. Dos quais 37.6% não tinha diagnóstico prévio de HTA (ou este era previamente desconhecido), sendo que 61.6% apresentou hipertensão pelo menos grau 2 na admissão hospitalar, definida por pressão arterial sistólica > 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90mmHg. Durante o internamento foi realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou alterações sugestivas de lesão cardíaca hipertensiva em 78% dos doentes, definida neste estudo por: 1) fracção de ejeção diminuída, 2) hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) e/ou 3) padrão de disfunção diastólica. A alteração mais frequentemente encontrada foi a HVE, presente em 60.2% dos doentes, seguida do padrão de disfunção diastólica, presente em 40.4% dos casos. Em apenas 4.1% dos doentes foram verificadas as três alterações, sendo que 34.2% tinham pelo menos duas delas.

Discussão: Os resultados obtidos nesta análise vão de encontro aos dados atuais de que a HTA não só é extremamente frequente, como o seu controlo eficaz se mostra difícil, como foi possível verificar pela taxa significativa de doentes hipertensos na admissão hospitalar.

Na população em estudo a hipertrofia do septo e/ou disfunção diastólica foram achados muito frequentes, o que levanta a questão se estes parâmetros podem ser interpretados com um sinal de HTA mal controlada nos doentes seguidos em ambulatório.

Conclusão: O ecocardiograma pode ser uma arma útil na avaliação dos doentes, já que muitas vezes detecta alterações estruturais consequentes de HTA ainda antes da ocorrência de um evento agudo. Cabe ao Internista o papel de uma avaliação global do doente, não só do ponto de vista do diagnóstico e tratamento, bem como da prevenção.

ID RESUMO : 64 CARACTERIZAÇÃO DA HIPERTENSÃO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tema: Investigação Clínica

Rodrigo Duarte (1), Raquel Flores (1), Madalena Silveira Machado (1), Teresa Moitinho de Almeida (1), Ana Luísa Esteves (1), Graça Lérias (1), António João Pereira (1), Isabel Madruga (1)

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz - Medicina IA (1)

Resumo

Introdução: A hipertensão é uma doença grave, presente em mais de 60% dos indivíduos acima dos 60 anos. Está associada ao desenvolvimento de doença cardíaca, renal terminal e cerebral, com risco acrescido de declínio cognitivo e demência. A Organização Mundial de Saúde e a Sociedade Europeia de Cardiologia alertam para uma parca taxa de adesão e impacto terapêutico, estando apenas

controlada em 13,8% dos casos. Estas sociedades recomendam o início de terapêutica farmacológica com a combinação de dois agentes de classes diferentes em comprimido único na expectativa de maior adesão e eficácia terapêutica, com menores efeitos adversos comparativamente à monoterapia em dose máxima, com potencial redução dos eventos graves associados à hipertensão.

Objetivos: Caracterizar os doentes hipertensos num serviço de medicina interna (MI); avaliar a aplicabilidade das recomendações de terapia anti-hipertensora combinada em comprimido único nos doentes hipertensos admitidos num serviço de MI; identificar as principais classes combinadas prescritas.

Método: Foram identificados os doentes hipertensos internados durante o ano de 2021 em 12 camas de um serviço de Medicina Interna. Mediante a consulta dos processos clínicos, foi feita uma caracterização dos doentes quanto à idade, género e lesão de órgão alvo (história de cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crónica, fibrilhação auricular, demência). Foi feito levantamento da classe de anti-hipertensores (inibidores da enzima conversora do angiotensinogénio [IECA], antagonista dos recetores da angiotensina II [ARA], bloqueador dos canais de cálcio [BCC] ou diurético) utilizados à data de admissão e à data de alta e registada a terapia combinada em comprimido único prescrita. Foram excluídos os doentes transferidos para outros serviços e os óbitos. Para efeitos de tratamento de dados recorreu-se à elaboração de base de dados com recurso ao programa Excel, a partir da qual foi realizada uma análise descritiva dos mesmos.

Resultados: Foram incluídos 130 doentes, dos quais 53,1% (n=69) eram do sexo masculino, com média de idade de 82 anos. Destes, 82,3% (n=107) apresentava pelo menos uma lesão de órgão alvo, sendo as mais frequentes a insuficiência cardíaca (n=60, 46,2%) e a doença cerebrovascular (n=49, 37,7%).

À admissão, 15 doentes (11,5%) não realizavam agentes anti-hipertensores e 63,1% (n=82) utilizavam 2 ou mais agentes anti-hipertensores. A utilização de terapêutica combinada em comprimido único foi identificada em 42 doentes (32,3%), na sua maioria combinação de ARA com diurético (n=19), IECA com diurético (n=8) ou IECA com BCC (n=7).

No momento da alta verificou-se que 13,1% (n=17) não realizava terapêutica anti-hipertensora e que 61,5% (n=80) utilizavam 2 ou mais agentes anti-hipertensores. Em 17,7% (n=23) dos doentes foi prescrita terapêutica combinada em comprimido único, sendo as combinações ARA mais diurético, IECA mais diurético e IECA mais BCC (n=13, n=5 e n= 4, respetivamente) as mais usadas. Apenas um doente iniciou terapêutica combinada (IECA mais BCC).

Conclusão: Contrariamente às recomendações estabelecidas, verificou-se uma redução na escolha de terapêutica com duplo agente nestes doentes, havendo até suspensão de anti-hipertensores em 13,1% dos doentes.

Considera-se como principal limitação ao estudo efetuado a ausência do motivo de suspensão da terapêutica. Torna-se pertinente a caracterização desta tipologia de doentes com o cruzamento de variáveis para uma melhor compreensão destes fenómenos.

Na população idosa, a adesão à terapêutica é diretamente condicionada por diversos fatores de risco, nomeadamente, pelas alterações cognitivas, grau de dependência, pluripatologias, polimedicação, gestão dos seus efeitos secundários e interações medicamentosas. A individualização e simplificação da terapêutica constituem ferramentas essenciais para a prática clínica.

ID RESUMO : 67
INQUÉRITO SOBRE A PRESUNÇÃO DOS NÍVEIS
DE CONTROLO DOS FACTORES DE RISCO
CARDIOVASCULARES E DE ADESAO POR MEDICOS
DE MGF NOS SEUS DOENTES SEGUIDOS NA
CONSULTA

Tema: Risco Cardiovascular

Jorge Polonia (1), Raul M Pereira (2), Ana F Fernandes (3), Ana C Marques (3), Pedro Monteiro (4)

Faculdade Medicina do Porto (1), USF Lethes, MKA (2), USF Vale do Sorraia (3), Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) (4)

Resumo

Introdução: A perceção ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP) do nível de controlo dos fatores de Risco cardiovasculares (FRCV) e da adesão às terapêuticas instituídas pode permitir identificar as causas do sucesso /insucesso das medidas implementadas e ajudar a otimizar estratégias de diagnóstico e de tratamento

Objetivos: Avaliar numa coorte de médicos de MGF do Continente e Ilhas a sua perceção relativamente a população seguida na consulta de: a) nível de controlo dos FRCV; b) níveis de adesão às terapêuticas instituídas; c) fatores limitativos da não adesão; d) relação entre controlo presumido dos FRCV e grau presumido de adesão.

Métodos: Inquérito dirigido a médicos de MGF de 69 USFs de todo o País (25 de Lisboa e Vale do Tejo – LVT, 17 do Norte – NRT, 12 do Centro CR, 11 do Alentejo/Algarve, ALT/ALG, 2 da Madeira, MAD, e 2 dos Açores AÇ) que acederam a participar. Inquiriu-se sobre a presunção de controlo dos FRCV, níveis de adesão, fatores condicionantes da adesão referentes aos doentes adultos (>18 anos) seguidos nas consulta MGF

Resultados: A média nacional (MNAc) de utentes por Médico foi de 1681 (1729-LVT a 1485-AÇ). Observou-se uma correlação positiva entre prevalências e percentagem de controlo das várias co-morbilidades (HTA, dislipidemia, DM, hiperuricemia, FA, ICC). A HTA (%) apresentou uma correlação negativa com a idade < 40 anos a DM associou-se positivamente a idade > 60 anos, ao IMC mais elevado e a Insuficiência renal. Maus hábitos alimentares foram associados a idade > 80 anos, a baixa literacia, a baixo poder económico, a maior prevalência de DM e inversamente ao controlo da dislipidemia.. Discrepâncias relativamente ao esperado: a

prevalência de HT foi superior no Alentejo/Algarve onde o controlo da HTA foi mais baixo apesar de aí o nível de adesão ser mais elevado. Ao melhor nível de controlo da HTA, DM e dislipidemia no Norte não correspondeu o melhor nível de adesão nem a menor incidência de eventos cardiovasculares. Não ocorreu qualquer relação significativa entre taxas de controlo dos FRCV e quaisquer níveis de adesão às terapêuticas. As taxas de controlo dos FRCV foram superiores ao esperado. Os médicos selecionaram como principais fatores determinantes da não adesão fatores socioeconómicos, baixa literacia, idade, depressão e regimes terapêuticos complexos como polifarmácia.

Conclusão: Os resultados do inquérito realçam a importância e o empenho dos médicos de MGF na avaliação dos FRCV na população. Porém salientam a necessidade de maior rigor e uniformidade na definição dos Targets de controlo dos FRCV e na avaliação objetiva das taxas de adesão à terapêutica de forma a otimizar a fundamentação da presunção clínica.

ID RESUMO : 68
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DOENÇA DE
PARKINSON – QUE DESAFIOS?

Tema: Caso Clínico

Teresa Souto Moura (1), Filipa Cardoso (1), Sara Maia Barbosa (1), Madalena Serra (1), Carolina Midões Correia (1), José Rola (1)

Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central (1)

Resumo

A Doença de Parkinson (DP) é uma das doenças neurodegenerativas mais frequentes da nossa população e a sua relação com a hipertensão arterial (HTA) assume vários desafios na prática clínica. Relativamente à etiologia, a literatura revela aspectos contraditórios: vários estudos de coorte populacionais concluíram que a HTA pode constituir um factor de risco para Doença de Parkinson, provavelmente pela encefalopatia hipertensiva dos núcleos da base, tálamo e tronco cerebral. Por outro lado, estudos de caso-controle não comprovam esta associação, mostrando inclusivamente um efeito protector da HTA para o desenvolvimento de DP. Sendo ambas doenças prevalentes na população idosa, é difícil na maioria dos casos identificar com certeza uma relação causal.

Os padrões de alteração da pressão arterial nos doentes com DP podem ser muito variáveis, diferindo do habitual perfil de HTA essencial. Incluem hipotensão ortostática neurogénica (HON), hipotensão pós prandial, hipertensão de decúbito neurogénica, hipertensão noturna com padrão “não dipper”. Logicamente que a possibilidade de coexistência destes vários padrões, dificulta ainda mais a gestão do tratamento farmacológico. A título de exemplo, em caso de HON devem evitar-se diuréticos e alfa-bloqueantes; na presença de hipertensão noturna é necessário realizar o ajuste cronotrópico, privilegiando agentes de curta ação e de administração noturna.



Apresentamos o caso de uma senhora de 70 anos enviada à consulta de HTA através do Serviço de Urgência, onde recorreu por pico hipertensivo (185/100mmHg). Tem história de HTA essencial conhecida há 10 anos, medicada e habitualmente controlada com irbesartan+hidroclorotiazida 300+12.5mg. Reportava no último ano, labilidade da pressão arterial sistólica (variações entre 120-180 mmHg), pelo que foi introduzida amlodipina 10 mg. De outros antecedentes, destaca-se hipercolesterolemia, síndrome depressiva, asma brônquica, litíase renal e tremor em repouso, com cerca de 6 anos de evolução que não tinha sido previamente investigado. Antecedentes familiares de HTA e acidente vascular cerebral da mãe aos 80 anos; pai e duas irmãs com Doença de Parkinson. À observação da doente evidenciou-se o tremor em repouso do membro superior esquerdo, bradicinesia e marcha de pequenos passos. Pedido apoio de neurologia que confirmou a suspeição diagnóstica de Doença de Parkinson, tendo feito prova terapêutica com carbidopa/levodopa e consequente melhoria dos sintomas neurológicos. A pesquisa de hipotensão ortostática foi negativa, ainda assim efetuou-se alteração da terapêutica anti-hipertensora para antagonista dos receptores da angiotensina II (azilsartan 40 mg) e bloqueador do canal de cálcio de curta ação à noite (nifedipina 30 mg), com suspensão do diurético. Conseguiu-se um controlo tensional adequado (tensão arterial sistólica entre 120-130mmHg; tensão arterial diastólica < 79mmHg), sem registo de hipotensões. O presente caso ilustra não só os vários pontos de ligação entre duas entidades tão frequentes na nossa população – HTA e DP–, como os desafios que surgem ao nível da gestão de terapêutica múltipla e os seus efeitos secundários. Por último, recorda-nos que apesar das vantagens de uma consulta temática especializada, o nosso olhar médico deve englobar o doente como um todo, não deixando escapar o diagnóstico e correto encaminhamento de outras patologias relevantes.

ID RESUMO : 69

“QUE TAL MUDAR DE EMPREGO?” UM CASO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL TERCIÁRIA

Tema: Caso Clínico

Sara Maia Barbosa (1), Filipa Cardoso (1), Madalena Serra (1), Teresa Souto Moura (1), José Rola (1)

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (1)

Resumo

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial (HTA) é uma das patologias mais prevalentes da nossa sociedade e é classificada em essencial ou de causa secundária sendo que esta última se caracteriza por ser potencialmente tratável. As categorias clássicas de HTA secundária incluem o hiperaldosteronismo primário, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), doença renovascular, síndrome de Cushing, coartação da aorta, feocromocitoma, hipotireoidismo, entre outras. Como fatores de risco para HTA essencial são

reconhecidos o sedentarismo, obesidade, tabagismo, idade, fatores genéticos, história familiar, entre outros. Os fatores psicossociais, nomeadamente o síndrome de ansiedade generalizada, o stress pessoal e profissional, têm sido estudados como potenciadores de HTA através de vários mecanismos (aumento de catecolaminas, indução de inflamação, ativação do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal). Semanas com 60 horas de trabalho, telefones constantemente conectados, reuniões, e burocracias, tornam o stress uma parte predominante do quotidiano e um maior impacto na hipertensão. Embora possa não causar diretamente HTA, pode levar a elevações repetidas da tensão arterial (TA), o que pode culminar num perfil tensional hipertensivo.

CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso clínico de uma mulher, 58 anos, cozinheira em centro de refugiados, descrevendo a sua profissão como geradora de stress e ansiedade constantes. Tem história de HTA desde os 32 anos, com estudo de causa secundária sem alterações das funções renal e tireoideia, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma e Síndrome de Cushing. Realizou desnervação renal em 2012, sem melhoria do controlo tensional. Tem como comorbilidades cardiopatia hipertensiva com fração de ejeção preservada, hipercolesterolemia, síndrome depressiva e obstipação crónica. Estava medicada em ambulatório com com lisinopril 4 mg bid, enalapril 20mg bid, carvedilol 25mg bid, amilorido+hidroclorotiazida 50+5mg bid, atorvastatina 40mg qd, venlafaxina 150mg qd. Encaminhada à nossa consulta de HTA a partir do serviço de urgência por TA superior a 200/100mmHg. Referia picos tensionais sistólicos no domicílio de 250mmHg, associados a tonturas, cefaleia holocraniana e acufenos. Por dificuldade no controlo tensional e para realização de estudo complementar foi internada na enfermaria de Medicina Interna onde repetiu todos os doseamentos hormonais, realizou angiotomografia computadorizada abdominal que excluiu estenose das artérias renais e polissonografia que evidenciou SAOS. Iniciou ventilação não invasiva com Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) noturno e teve alta medicada com azilsartan + clorotalidona 40/12.5 qd, nifedipina 30mg bd, clonidina 0.15mg tid, bisoprolol 5mg qd, atorvastatina 40mg qd, pregabalina 75mg bid, escitalopram 20mg qd e diazepam 5mg qd. Na primeira consulta após a alta, apresentava bom controlo tensional (132/84 mmHg) e perda de peso. No entanto, após retoma do emprego, apesar do cumprimento quer da terapêutica farmacológica quer do CPAP, a TA voltou a subir para 160/110 mmHg, com alguns picos de sistólica de 200 mmHg. Em todas as consultas o stress laboral foi o centro do discurso e das queixas, admitido pela própria como causa da sua labilidade emocional, astenia e adinamia.

CONCLUSÃO: Estamos perante um caso de HTA resistente onde a investigação de etiologia secundária se impôs, chegando até a um diagnóstico de SAOS, que poderia ser a causa corrigível do problema. No entanto, apesar da otimização terapêutica anti-hipertensora e uso do CPAP, a doente manteve a TA elevado quando sujeita novamente ao stress profissional. Este parece contribuir de tal forma para a gravidade da hipertensão que está para além

da causa secundária, funcionando como uma verdadeira causa “terciária”, que não depende de tratamento médico. Será que uma relação tão complexa, como a dos fatores psicossociais e a HTA, poderia ter uma resolução tão simples como mudar de emprego?

ID RESUMO : 70 QUANDO SUSPEITAR DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Tema: Caso Clínico

Tatiana Bento (1), Mariana Santos Miranda (1), Raquel Landeiro (1)

USF Vale do Sorraia (1)

Resumo

Enquadramento: A urgência e emergência hipertensivas ocorrem em 1-2% dos doentes hipertensos. Define-se como emergência hipertensiva uma elevação da pressão arterial (PA) sistólica ≥ 180 mmHg e diastólica ≥ 120 mmHg associada a lesão de órgão alvo (LOA), como enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, disseção aórtica, entre outros. Alguns dos sintomas que fazem suspeitar de LOA são cefaleia, alterações visuais, dor torácica, dispneia, alterações neurológicas. A emergência hipertensiva deve ser abordada a nível hospitalar, sendo realizados exames complementares de diagnóstico dirigidos à suspeita de LOA, se necessário. A disseção da aorta é uma das causas de emergência hipertensiva, e pode manifestar-se por dor torácica ou lombar intensa, de início súbito, geralmente num doente hipertenso, do sexo masculino, com idade entre 50-65 anos. Classificam-se em tipo A de Stanford (envolve a aorta ascendente) e tipo B (envolvem apenas a aorta torácica descendente), sendo que as de tipo A geralmente são mais graves e necessitam de intervenção cirúrgica precocemente.

Descrição do Caso: Doente do sexo masculino, 68 anos, autónomo, reformado, antecedentes de hipertensão arterial (HTA) medicado com lisinopril 20mg e amlodipina 5mg, com má adesão. Apresenta hábitos etílicos de 10 g de álcool por dia e é ex-fumador (carga tabágica 30 UMA). Recorreu a consulta aberta no centro de saúde por epigastralgia de início súbito no dia anterior após o almoço, contínua, com irradiação umbilical, associada a náuseas, vômitos e distensão abdominal. Negou dor torácica, lombar e dispneia. À observação estava polipneico, com saturação periférica de O₂ 97% em ar ambiente, pressão arterial (PA) de 200/120 mmHg, sem alterações à auscultação, abdómen distendido, doloroso à palpação no epigastro e região periumbilical, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizado eletrocardiograma (ECG) que mostrou ritmo sinusal, extrassístoles ventriculares, hipertrofia do ventrículo esquerdo e inversão da onda T em V6. Considerou-se a hipótese de emergência hipertensiva, pelo que foi transportado para o serviço de urgência (SU). Foi medicado com dinitrato de isossorbida (DNI), morfina e metoclopramida, com melhoria sintomática e da PA.

Realizou-se ecocardiograma e angioTC torácica para exclusão de causas de emergência hipertensiva. O ecocardiograma não revelou alterações, mas a angioTC revelou “disseção da aorta torácica, provavelmente tipo A que se estende ao longo de todo o arco e aorta descendente” e “aneurisma da aorta ascendente com cerca de 44 mm “. Foi contactada a Cirurgia Cardíaca que após visualizar as imagens considerou tratar-se de disseção aguda da aorta tipo B não complicada, pelo que o doente foi internado na cirurgia vascular. Foi instituída terapêutica médica e repetida angioTC ao 7º dia de internamento, que revelou apenas “úlceras aórticas penetrantes (UAP) da aorta torácica, sem compromisso dos vasos viscerais”. Apresentou boa evolução clínica, com descida da PA, pelo que teve alta e foi inscrito para cirurgia por UAP.

Discussão: Com este caso clínico pretende-se alertar para a importância de suspeitar de emergência hipertensiva em doentes com PA elevada, acima dos valores referidos, com sintomas que possam indicar LOA. Estes doentes devem sempre ser referenciados para o SU, para tratamento e despiste da causa. Por vezes o quadro clínico não é típico, mas devemos sempre considerar e excluir as hipóteses mais graves, como a disseção aguda da aorta. O ECG é frequentemente realizado podendo ser normal ou apresentar alterações, não específicas. Os fatores de risco que mais se associam a disseção da aorta são HTA e tabagismo, ambos presentes neste doente. É essencial questionar sobre a adesão à terapêutica em todas as consultas, bem como explicar os riscos da não adesão. O médico de família tem um papel fundamental na prevenção dos fatores de risco modificáveis e na adesão à terapêutica, pela melhor relação médico-doente.

ID RESUMO : 71 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA NA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tema: Caso Clínico

Bárbara Azevedo de Sousa (1), Victória Faria (2), Josefa Cahombo (2), Susana Pereira (2), Ana Ventura (2), Sara Rodrigues (2), Clara Almeida (2), António Ferro (1), Paula Brandão (1)

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (1), Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (2)

Resumo

Introdução: A Emergência Hipertensiva (EH) pode levar a fenómenos vasculares como a microangiopatia trombótica (MAT) no parênquima renal, associado a altas taxas de doença renal em estadios terminais (DRET).

Embora os mecanismos fisiopatológicos sejam diferentes, a apresentação das várias síndromes de MAT permanece um desafio clínico.

Caso clínico: Homem de 51 anos, caucasiano. Antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial (HTA) diagnosticada desde os 36



anos com história de incumprimento terapêutico há vários anos, sem seguimento médico regular e fumador ativo.

Recorre ao Serviço de Urgência por astenia e dispneia de esforço de agravamento progressivo com uma semana de evolução, associadamente com náuseas e vômitos.

À admissão encontrava-se consciente e colaborante, palidez mucocutânea, desidratado, perfil tensional elevado com TA >190/110 mmHg, sem outras alterações de relevo.

Analiticamente com anemia normocítica (hemoglobina 6,1 g/dL), trombocitopenia grave (plaquetas 40 000), azotemia severa (creatinina sérica 14,3 mg/dL e ureia sérica 256 mg/dL), potássio normal e evidência de hemólise com desidrogenase láctica muito elevada (994 UI/L).

Gasimetria arterial com pH normal e bicarbonato 15 mmol/L. Algiado com diurese preservada, exame de urina normal. Realizada fundoscopia compatível com papiledema bilateral. Iniciou medicação hipotensora e admitido posteriormente na unidade de cuidados intermédios para controlo tensional.

Iniciou sessões de plasmaferese com transfusão de plasma fresco congelado por suspeita inicial de Síndrome Hemolítico Urémico atípico, posteriormente interrompidas, tendo evoluído, após normalização do perfil tensional com melhoria da anemia e resolução da trombocitopenia.

Não apresentou recuperação da função renal, iniciando terapêutica hemodialítica crónica.

Do estudo realizado, não apresentava alterações do complemento, nomeadamente CH50, ADAMTS13 normal, estudo imunológico normal e restante estudo também sem alterações. Foram excluídas causas de HTA secundária.

Discussão/conclusão: O tratamento precoce na emergência hipertensiva constitui uma prioridade na prática clínica de forma a minimizar as lesões de órgão alvo e risco hemorrágico desta entidade.

O enigma de emergência hipertensiva como causa ou consequência da MAT, constitui um desafio para a melhor abordagem terapêutica. O caso apresentado, compatível com microangiopatia trombótica secundária a emergência hipertensiva evidência esse desafio diagnóstico e terapêutico, com evolução favorável após controlo tensional ainda que, com evolução para DRET.

ID RESUMO : 72

NEUTROPHIL/LYMPHOCYTE RATIO: ITS RELATION WITH VASCULAR, INFLAMMATORY MARKERS AND GENETIC PREDISPOSITION IN PREECLAMPTIC WOMEN

Tema: Investigação Básica

Andreia Matos (1), Ana Carolina Santos (2), Inês V. da Silva (3), Alda Pereira da Silva (4), Ana Portelinha (5), Maria Clara Bicho (6), Maria José Areias (7), Graça Soveral (3), Irene Rebelo (8), Manuel Bicho (2)

Laboratório de Genética, ISAMB, Faculdade de Medicina UL; Instituto

Rocha Cabral; i3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, UP. (1), Laboratório de Genética, ISAMB, Faculdade de Medicina UL; Instituto Rocha Cabral. (2), Faculdade de Farmácia, Instituto de Investigação do Medicamento (iMed.Ulisboa), UL; Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Medicamento, FFUL (3), ISAMB, FMUL; Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, FMUL; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, FMUL. (4), Centro de Pesquisa de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa. (5), ISAMB, FMUL; Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, FMUL; Unidade de Investigação em Dermatologia, Instituto de Medicina Molecular, FMUL. (6), Centro Hospitalar do Porto (7), Bioquímica/Departamento de Ciências Biomédicas, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto; UCIBIO@REQUIMTE, Universidade do Porto. (8)

Resumo

Objectives: The neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) in peripheral blood reflects the balance between systemic inflammation and immunity. In pregnancy, the deregulation of oxidative stress had impact on vascular endothelial growth factor (VEGF) and inflammatory markers. In preeclampsia (PE) these mechanisms are highly implicated. We study the role of NLR and oxidative stress biomarkers PE and correlate it with genetic profile.

Methods: We studied a case-control study of 142 pregnant women with normal blood pressure in pregnancy (NBP) and 185 PE; a prospective sub-sample of 138 women of which 90 had PE during pregnancy, 2-16 years ago, re-classifying them into 4 groups: PE and NBP in pregnancy who developed (HT) and didn't developed hypertension (NT). The anthropometric, demographic, hemogram, hemodynamic and biochemical parameters were determined by conventional methods. The VEGFR/Flt1, MPO, and sCD163 levels were determined by ELISA. Aquaporins (AQ3, AQ7, AQ9), NOS3, CYBA, MPO, MTHFR, and NOS3 polymorphisms were determined by PCR-RFLP. Statistical significant results for $P < 0.05$.

Results: PE women presented higher NRL ($P = 0.025$), MPO ($P < 0.001$) and sCD163 ($P = 0.031$) comparing to women with NBP. Accordingly with characterization of the genetic profile, we found that AQ3 AA genotype (vs CA+CC) ($P = 0.011$) and MTHFR allele C (vs TT) ($P = 0.015$) were associated with PE. The impact of pregnancy also had influences on inflammatory and metabolic markers, since we observed inverse correlation of VEGFR/sFlt-1 with C-Reactive Protein ($r = -0.211$, $P = 0.053$), plasminogen activator inhibitor-1 ($r = -0.237$, $P = 0.044$), MPO ($r = -0.328$, $P = 0.006$) and granulocytes ($r = -0.208$, $P = 0.057$). Direct correlations of VEGFR/sFlt-1 and total-cholesterol ($r = 0.262$, $P = 0.014$), non-HDL cholesterol ($r = 0.289$, $P = 0.007$), LDL ($r = 0.281$, $P = 0.009$) and percentage of lymphocytes ($r = 0.222$, $P = 0.057$) were found. In all our cohort, we found that higher levels NLR were associated to MTHFR allele C ($P = 0.036$), MPO AA genotype (vs. GA+GG) ($P = 0.019$), and AQP3 AA genotype (vs CA+CC) ($P = 0.035$).

Only for PE women, beyond the NLR levels had increased, these values have doubled for PE with MPO AA genotype (vs. GA+GG) ($P = 0.030$). In these group, the NLR were correlated with VEGF-c

levels ($P=0.009$, $r=0.615$).

Conclusions: The systemic inflammatory parameters, namely NLR, may have potential in PE population. Beyond being correlated with parameters associated to vascular, lymphatic vessels and inflammatory markers, we also be able to identify some genetic variants that could contribute to explain the inter-individuality associated to this complex disease.

ID RESUMO : 73

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR MODIFICÁVEIS DOS HIPERTENSOS DE UM FICHEIRO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Tema: Risco Cardiovascular

Inês Sampaio Lima (1), Marisa Maurício (1)

USF Beira Ria, ACeS Baixo Vouga (1)

Resumo

Introdução: Estima-se que em Portugal, cerca de 40% dos adultos sejam hipertensos. A hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco cardiovascular (FRCV) bem documentado e problema significativo de saúde pública pela sua prevalência, morbimortalidade e impacto económico e social.

Para o desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV), primeira causa de morte em Portugal, contribuem fatores de risco modificáveis (idade, sexo e história pessoal e familiar de DCV), nos quais não conseguimos intervir; e fatores de risco modificáveis (clássicos - dislipidémia, diabetes, obesidade, inatividade física, tabagismo e consumo excessivo de álcool; e novos - ansiedade crónica, distúrbios do sono, poluição, dificuldades económicas), sobre os quais podemos exercer medidas preventivas e corretivas. Considerando que estes FRCV, podem ter uma ação sinérgica entre si, é deveras importante para o Médico de Família conhecer os mais prevalentes no seu ficheiro, por forma a poder desenvolver ações de sensibilização dirigidas, diminuindo, assim, a possibilidade de progressão da DCV.

Objectivos: Este estudo, observacional, transversal, descritivo e de natureza qualitativa, tem por objectivo caracterizar o perfil de FRCV modificáveis dos doentes hipertensos de um ficheiro de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) portuguesa.

Métodos: Para o estudo do ficheiro, foram selecionados os utentes codificados com HTA (com ou sem complicações), recorrendo ao mim@uf. Obteve-se uma população de 419 doentes. Destes, foi calculada uma amostra aleatorizada de forma simples com margem de erro de 7% e nível de confiança de 95%, obtendo-se um valor de 134 indivíduos.

Os dados foram recolhidos do sistema SClínico. Como critérios de inclusão, definimos HTA codificada no SClínico; e como fatores de exclusão, a idade inferior a 18 anos e a ausência de vigilância da doença na USF.

Os utentes foram caracterizados sociodemograficamente, em relação ao sexo, idade, raça e escolaridade. Foi também analisado o tempo de diagnóstico da doença.

Analisados os FRCV modificáveis com registo no SClínico, agrupámos os doentes em relação ao índice de massa corporal (normoponderais, com excesso de peso ou com obesidade), tabagismo (sem história de hábitos tabágicos, ex-fumadores ou fumadores), consumo de bebidas alcoólicas (menor ou igual a uma bebida padrão/dia no caso de sexo feminino e sexo masculino com idade superior a 65 anos ou duas bebidas padrão/dia no caso de sexo masculino; maior que uma bebida padrão/dia no caso de sexo feminino e sexo masculino com idade superior a 65 anos ou duas bebidas padrão/dia no caso de sexo masculino), prática de actividade física (inferior a 150 minutos de actividade moderada/semana ou igual ou superior a este valor), presença de diabetes mellitus, presença de dislipidémia, presença de ansiedade crónica/distúrbios do sono.

Resultados: Em termos de fatores demográficos, 2,99% dos pacientes estavam no escalão etário dos 18-39 anos, 23,13% entre os 40-59 anos e 73,13% tinham idade igual ou superior a 60 anos; 54,48% do sexo feminino e 45,52% do sexo masculino; 3% analfabetos, 8,96% com escolaridade até à 4ª classe, 2,99% com o 6º ano, 2,99% com o 9º ano, 2,24% com o 12º ano e 2,24% com estudos superiores, de 77,66% não dispusemos de informação quanto à escolaridade; todos de raça caucasiana. Destes, 20,89% tinham diagnóstico até há 5 anos, 35,82% entre os 6 e os 10 anos, 35,82% entre os 11 e os 20 anos, 7,46% há mais de 20 anos. Em relação aos fatores de risco cardiovascular modificáveis, 39,55% com excesso de peso e 38,06% obesos; 11,19% fumadores, 31,35% ex-fumadores, 35,07% com consumos etílicos acima do definido como aceitável, 37,31% diabéticos, 85,82% com dislipidémia e 41,04% com ansiedade crónica/distúrbios do sono; 96,27% sedentários.

Conclusões: Deste estudo, ressalta que os principais fatores de risco cardiovascular modificáveis nos utentes hipertensos deste ficheiro são o sedentarismo,

ID RESUMO : 75

HIPERTENSÃO RENOVASCULAR ATEROSCLERÓTICA: TRATAMENTO CONSERVADOR VS. ENDOVASCULAR - A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA

Tema: Investigação Clínica

Victória Faria (1), Bárbara Sousa (2), Susana Pereira (1), Ana Ventura (1), Nuno Coelho (3), Carolina Sermião (3), Ricardo Gouveia (3), Clara Nogueira (3), Victor Martins (3), Alexandra Canedo (3), Clara Almeida (1), Victor Paixão Dias (4)

Serviço de Nefrologia do CHVNG (1), Serviço de Medicina Interna da ULSAM (2), Serviço de Cirurgia Vascular do CHVNG (3), Serviço de Medicina Interna do CHVNG (4)



Resumo

Introdução: A estenose da artéria renal está implicada na fisiopatologia da hipertensão renovascular, frequentemente manifestada como HTA resistente. Embora cada vez mais diagnosticada, as indicações para intervenção numa estenose renal em detrimento da otimização do tratamento médico permanece controversa face ao conhecimento atual.

Objetivo: Comparar os outcomes de função renal e controlo tensional nos doentes com hipertensão renovascular aterosclerótica, seguidos pelo grupo de renovascular na nossa instituição.

Métodos: Procede-se a um estudo longitudinal, retrospectivo baseado nos registos clínicos dos doentes seguidos na consulta de hipertensão renovascular de causa aterosclerótica documentada por AngioTAC ou angiografia, de janeiro de 2011 até à presente data.

Resultados: Foram analisados 41 doentes, 56% do sexo masculino (n=23) com uma média de idade de $70,2 \pm 11,2$ durante um período médio de follow-up de $4,9 \pm 3,5$ anos. Neste período, 9,8% (n=4) doentes morreram, 24,4% (n=10) tiveram um evento cardiovascular e 9,8% (n=4) desenvolveram doença renal em estadio terminal (DRET).

De acordo com a apresentação clínica, a abordagem terapêutica foi determinada pela consulta especializada de hipertensão renovascular. A maioria foram submetidos a tratamento médico, e apenas 13 doentes a intervenção endovascular. As amostras foram homogêneas em termos de co-morbilidades cardiovasculares (DM, IC, cardiopatia isquémica, tabagismo, doença arterial periférica e doença cerebrovascular).

Os doentes submetidos a revascularização da artéria renal, apresentaram-se mais frequentemente com hipertensão refratária (61,5%, $p < 0,04$), lesão renal rapidamente progressiva (7,1%) e flash pulmonar (30,8%). A maioria (n=6) apresentava estenose crítica unilateral da artéria renal; 4 doentes tinham doença bilateral.

O número médio de anti-hipertensores manteve-se estável no grupo da intervenção vascular e observou-se um aumento médio de $2,9 \pm 0,9$ para $3,7 \pm 1,1$ ($p < 0,05$) no grupo de tratamento médico. Verificou-se melhoria da função renal após 1 ano nos doentes submetidos a tratamento endovascular ($p < 0,05$). A função renal manteve-se estável no grupo submetido a tratamento conservador.

O outcome renal desfavorável (redução da TFG superior a 30% ou DRET) foi observado em 38,5% dos casos submetidos a angioplastia e 21,4% no grupo do tratamento conservador. Foram observados mais eventos cardiovasculares no grupo de tratamento endovascular (70,0% vs. 30,0%; $p < 0,05$). Todas as mortes registadas foram no grupo de intervenção, 2 de causa cardiovascular.

Conclusão: O acompanhamento adequado dos doentes com HTA renovascular de etiologia aterosclerótica, permite o tratamento conservador na maioria dos casos, com bons resultados. A seleção adequada e criteriosa dos doentes que beneficiam de intervenção endovascular, aumenta a taxa de sucesso. Os doentes com maior

risco de complicações cardiovasculares parecem ser os que mais beneficiam de uma estratégia interventiva.

ID RESUMO : 76

ASSOCIAÇÃO ENTRE TERAPÊUTICA E VARIABILIDADE DA PRESSÃO ARTERIAL

Tema: Investigação Clínica

Rita Félix (1), Cátia Machado (1), Ana João Taveira (2), Lara Cabrita (1), Pedro Damião (1)

USF Fénix de Aveiro (1), UCSP Mira (2)

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é o principal fator de risco cardiovascular modificável. A medição da pressão arterial (PA) fora do consultório é imprescindível para o diagnóstico, seguimento e monitorização terapêutica do doente com hipertensão. A automedicação da pressão arterial (AMPA) é uma técnica com evidência crescente, acessível, custo-efetiva e que potencia a adesão terapêutica. Permite várias medições da PA durante vários dias, possibilitando a determinação da variabilidade da PA e é reconhecida como importante preditor de lesão alvo mediada pela hipertensão (LOMH) em hipertensos.

Objetivo: Caracterizar a associação entre os esquemas terapêuticos, o controlo da PA diurna e sua variabilidade.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo e analítico. Obtiveram-se dados de utentes de um ficheiro médico de uma USF que realizaram AMPA no período entre março de 2017 e dezembro de 2021. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, medicação anti-hipertensora, PA sistólica (PAS) e diastólica (PAD) médias do AMPA, PAS consultório e coeficiente de variação da PAS (CV PAS) e PAD (CV PAD). O programa R® 3.6.3 foi utilizado para realizar a análise estatística.

Resultados: Analisaram-se 362 registos de AMPA, realizados por 193 doentes distintos. Nos doentes que realizaram mais do que uma AMPA considerou-se apenas o primeiro registo. Excluíram-se os utentes não hipertensos. A amostra foi constituída por 136 doentes com idade média de 67,0 anos ($dp=10,9$), sendo 49,3% do sexo masculino. Após análise dos valores médios de PA da AMPA, observou-se que em 66,9% a PAS média era inferior a 135 mmHg e em 83,8% a PAD média era inferior a 85 mmHg. Os esquemas terapêuticos mais frequentes foram: ARA e diurético (n=24); IECA (n=12), diurético e IECA (n=12); diurético ARA e BCC (n=11); ARA (n=9); diurético (n=9). Verificou-se a associação entre os sete esquemas terapêuticos mais frequentes e o CV PAS (Kruskal-Wallis rank sum test, $\chi^2=13,54$, $df=6$, $p\text{-value}=0,035$), mas não com o CV PAD (Kruskal-Wallis rank sum test, $\chi^2=7,69$, $df=6$, $p\text{-value}=0,2615$). A variabilidade da PAS foi maior nos doentes medicados com a associação ARA, diurético e BCC (média CV 10%) e menor nos medicados com IECA e BCC (média CV 5,5%). Os hipertensos medicados com IECA em monoterapia apresentaram maior

variabilidade da PAD (média CV 9.7%) e os medicados com BCC e IECA menor variabilidade (média CV 6.5%).

Conclusão: A AMPA tem sido amplamente utilizada como método de diagnóstico e de monitorização terapêutica da hipertensão, pela sua elevada acessibilidade e custo-efetividade. A variabilidade da PA tem sido apontada como um importante preditor de LOMH e mortalidade cardiovascular, devendo ser um factor preponderante na escolha terapêutica. A AMPA contém registos de PA diurna ao longo de vários dias consecutivos, permitindo a análise da sua variabilidade num período temporal superior à da monitorização ambulatoria da pressão arterial (MAPA), tornando-se uma ferramenta essencial para a predição de LOMH e gestão da terapêutica. Apesar da associação entre os esquemas terapêuticos e a variabilidade da PA verificada na amostra em estudo, são necessários estudos aleatorizados multicêntricos para inferir eventual causalidade.

ID RESUMO : 77 A ESCOLHA DE ANTI-HIPERTENSOR NO SÍNDROME DO INTESTINO CURTO

Tema: Caso Clínico

Tatiana Soares Correia (1), Catarina Abreu (1), Melanie Ferreira (1), Francisca Delerue (1)

Hospital Garcia de Orta (1)

Resumo

O síndrome do intestino curto é uma consequência que resulta, entre outras causas, da recessão do intestino delgado e está muitas vezes presente nos doentes com ileostomia terminal. Este síndrome de mal absorção, além de uma importante causa de desidratação, distúrbios hidroeletrólitos e desnutrição, tem também grande influência na absorção dos fármacos quer pelo menor tempo de contacto com a mucosa quando o trânsito intestinal está muito aumentado, quer pela menor área de intestino disponível para esta mesma absorção. O presente caso ilustra a importância da farmacocinética na escolha do antihipertensor numa doente com síndrome do intestino curto

Trata-se de uma doente de 63 anos do sexo feminino, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II com lesão de órgão alvo (neuropatia periférica e retinopatia diabética), dislipidemia, cardiopatia isquémica com enfarte agudo do miocárdio recente, doença arterial periférica e submetida a ileocelectomia direita por isquemia mesentérica com consequente síndrome do intestino curto a condicionar internamentos recentes por distúrbios hidroeletrólitos e sob alimentação parentérica por cateter de hickmann. Foi internada por bacteriemia por *Staphylococcus Lugdunensis* de ponto de partida do cateter de Hickman e distúrbios hidroeletrólitos no contexto do síndrome de intestino curto. Durante o internamento verificou-se um difícil controlo da hipertensão apesar de otimização

progressiva da terapêutica (beta bloqueante com inibidor de canais de cálcio). Verificou-se ainda que a toma antihipertensores via sublingual condicionava um rápido controlo tensional nesta doente e mais tarde foi possível perceber que grande parte da terapêutica oral era expelida intacta na ileostomia. Verificou-se ainda que o mau controlo tensional tinha também relação com as alterações do trânsito intestinal da doente. Assim, apenas foi possível controlo tensional eficaz após a alteração terapêutica para lisinopril pela sua rápida absorção gástrica e tempo de ação prolongado.

Este caso visa alertar para as especificidades a ter em conta na terapêutica antihipertensora nos doentes com ileostomia quer pela sua farmacocinética quer pelos efeitos adversos que podem ter nestes doentes nomeadamente no agravamento da desidratação ou distúrbios hidroeletrólitos.

ID RESUMO : 80 HEMORRAGIA AGUDA EM FEOCROMOCITOMA OCULTO

Tema: Caso Clínico

Ana Carvoeiro (1), Patrícia Sobrosa (1), João Pedro Pais (1), Alexandra Esteves (1), Maria Moyano (1), Paula Felgueiras (1), Diana Guerra (1)

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (1)

Resumo

INTRODUÇÃO: O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro, surgindo em menos de 0,2% dos doentes com hipertensão arterial (HTA). As manifestações clínicas associam-se à hipersecreção de catecolaminas, com o aparecimento de hipertensão arterial, cefaleia, hipersudorese e taquicardia. Pode relacionar-se, ainda com outras complicações como hemorragias retinianas, nefropatia, enfarte agudo do miocárdio (EAM). A rotura hemorrágica aguda, como manifestação clínica inicial, é extremamente rara.

CASO CLÍNICO: Mulher 78 anos. Antecedentes pessoais de HTA medicada (com ARA II e bloqueador beta), DM tipo2 insulinotratada, cardiopatia isquémica, submetida a cirurgia de revascularização em 2017, de neoplasia da mama direita, submetida a cirurgia conservadora, radioterapia e hormonoterapia, sem evidência de recidiva. Recorre ao SU por queixas de angor persistente, referindo episódios intermitentes com 2 semanas de evolução, com duração de 10min e que resolviam espontaneamente. Exame objetivo no SU sem alterações, apesar da persistência da dor. Do estudo complementar, ECG a revelar taquicardia sinusal e elevação de ST nas derivações precordiais. Transferida para hospital de referência para coronariografia que mostrou estenoses significativas ao nível das artérias descendente anterior e coronária direita, sem realização de angioplastia. Iniciou, no dia de admissão ao SU, dupla antiagregação e hipocoagulação. Com agravamento clínico súbito nas 24h subsequentes, com desenvolvimento de



choque hemorrágico, com descida de 5 gr de Hb (min Hb de 4g/dL). TC toracoabdominopelvico realizado revelou massa suspeita de feocromocitoma na supra-renal esquerda com infiltração hemática. Assumida atitude conservadora com fluidoterapia, transfusão de GR e início de bloqueio alfa e beta adrenérgico combinado, com subsequente evolução favorável e estabilidade hemodinâmica. Suspeita imagiológica confirmada por cintigrafia corporal com MIBG-I-123 e analiticamente com elevação marcada de todas as catecolaminas e metanefrinas plasmáticas e urinárias. Submetida a adrenalectomia após 6 meses do internamento por EAM, com resultado histológico da peça operatória a confirmar feocromocitoma da SR esquerda, moderadamente diferenciado. Estudo genético sem mutações de relevo. Reavaliação em consulta 6 meses após cirurgia, com bom estado geral, sem novos episódios de angor, perfil tensional controlado, sem anemia e doseamento de metanefrinas e catecolaminas negativo.

CONCLUSÕES: Realça-se que o diagnóstico de feocromocitoma exige, de facto, elevado grau de suspeição, podendo apresentar-se sob formas pouco comuns e graves, constituindo uma importante causa reversível de HTA. A rotura com choque hemorrágico de feocromocitoma corresponde a um fenómeno raro, ainda pouco descrito na literatura, que acarreta uma elevada taxa de mortalidade. De realçar, que apesar da gravidade associada, a abordagem cirúrgica precoce de um feocromocitoma, anteriormente não diagnosticado, pode comportar danos importantes, sendo a realização de uma preparação pré-operatória adequada, protelando a intervenção cirúrgica, essencial para o prognóstico dos doentes.

ID RESUMO : 81 NÍVEIS DE VITAMINA D NOS MILITARES PORTUGUESES

Tema: Investigação Básica

Moisés Henriques (1), Patrícia Soares (2), Ema Sacadura-Leite (2)

Centro de Investigação Naval (1), Escola Nacional de Saúde Pública (2)

Resumo

Introdução: em Portugal, a maioria dos adultos apresenta níveis inadequados de vitamina D. Os militares no ativo precisam de estar sempre prontos para o serviço, realizar tarefas em contextos específicos e superar grandes exigências físicas e mentais, o que aumenta a relevância de conhecer seus níveis de vitamina D. Este estudo tem como objetivo caracterizar os níveis de vitamina D de militares portugueses no ativo e avaliar o efeito do estatuto militar na prevalência de suficiência de vitamina D, ajustado para a estação do ano, idade e sexo.

Métodos: estudo transversal retrospectivo, baseado em doseamentos de vitamina D realizados entre 2014 e 2020 e incluindo as variáveis idade, sexo, nível de vitamina D e data de doseamento em militares e civis. O teste de comparação de proporções e o modelo de regressão

linear generalizada foram utilizados para análise dos dados com um nível de significância de 5%.

Resultados: dos 2.782 indivíduos, 62,7% eram militares. A média $\pm$ desvio padrão do nível de vitamina D foi de $24,5 \pm 10,6$ ng/ml e $23,7 \pm 11,5$ ng/ml nos militares e civis, respetivamente. Nos militares, a prevalência de suficiência, insuficiência e deficiência de vitamina D foi, respetivamente, 25,2%, 40,1% e 34,6%. A prevalência de suficiência de vitamina D foi semelhante no grupo de civis e, também, entre os ramos das Forças Armadas. O estatuto militar não teve efeito sobre a prevalência de suficiência de vitamina D, especialmente após os ajustes.

Conclusões: apresentamos dados sobre os níveis de vitamina D de militares portugueses no ativo. Os resultados indicam que os militares no ativo não têm um risco acrescido para níveis inadequados de vitamina D face aos civis, mas apenas um quarto dos primeiros apresentou suficiência de vitamina D. Assim sendo, os militares podem beneficiar da avaliação dos níveis de vitamina D para efeitos da sua otimização. São necessários mais estudos, principalmente entre os militares com maior risco de deficiência de vitamina D.