

O RISCO CARDIOVASCULAR NA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

THE CARDIOVASCULAR RISK IN FAMILY PLANNING COUNSELLING

Raquel Baptista Leite¹, Catarina Ferreira Moita¹, João Pires¹, Ana Amorim², Ana Paes de Vasconcellos², Ana Dantas²

¹ Interno de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar (USF) São Martinho de Alcabideche – ACES de Cascais

² Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho de Alcabideche – ACES de Cascais

1º autor (correspondente):

Raquel Baptista Leite. Morada: Rua Rio das Grades, 19A. 2645-559 Alcabideche E-mail: raquelbaptista.leite@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2427-3615>

Instituição onde foi elaborado: USF São Martinho de Alcabideche – ACES de Cascais

Conflito de interesse: Os autores declaram ausência de qualquer conflito de interesse pessoal ou financeiro relacionado com o trabalho.

Financiamento: Este trabalho foi realizado de forma voluntária e não remunerada pelos autores, sem custos adicionais às entidades que gerem as instituições e sem prejuízo do horário de prestação de cuidados aos utentes.

Resumo

Introdução: Importa reconhecer quando, em consulta, surgem novos e inesperados problemas clínicos que carecem de atenção e integração numa abordagem holística. O presente caso clínico tem como objetivos, por um lado, reforçar que a Medicina Geral e Familiar se distingue das restantes especialidades pela continuidade de cuidados que permite o acompanhamento longitudinal e integrado do doente, não isolando uma patologia ou um risco dos restantes antecedentes do doente; e, por outro lado, recordar que todas as especialidades devem ter presente na sua prática clínica estes riscos que não são independentes entre si.

Caso clínico: Sexo feminino, 42 anos, com antecedentes pessoais de obesidade classe I e coriocarcinoma em remissão. Medicada habitualmente com etinilestradiol + gestodeno, 0.03 mg + 0.075 mg, 1 comprimido/dia durante 21 dias com pausa de 7 dias. Nega hábitos etanólicos, tabágicos ou outros. Recorre a uma consulta programada de rotina. Ao exame objetivo apresentava peso de 86 kg, altura 167 cm com índice de massa corporal (IMC) de 30.84 kg/m² (obesidade classe I) e uma pressão arterial média de três medições de 150/80 mmHg. Solicitou-se a auto-medição da pressão arterial em ambulatório reagendando-se consulta para 2 meses depois. Na consulta seguinte a doente trouxe o registo das tensões arteriais em ambulatório com valores de pressão arterial sistólica superior a 160 mmHg e pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg, embora normocárdica. Ao exame objetivo, apresentava uma pressão arterial média de três medições de 180/100 mmHg, com um IMC sobreponível ao da consulta anterior e um SCORE de risco cardiovascular baixo (< 1%). Fez-se diagnóstico de hipertensão arterial de grau 2/3 (com base nos registos em ambulatório e na consulta) e optou-se por iniciar lisinopril + amlodipina, 20 mg + 5 mg, 1 comprimido/pequeno-almoço. Foram pedidos meios complementares de diagnóstico direcionados ao estudo da etiologia da hipertensão arterial, que se revelou uma hipertensão arterial essencial, e suspendeu-se o contraceptivo oral combinado, pelo risco cardiovascular acrescido, tendo-se optado pela colocação de um dispositivo intrauterino com levonorgestrel.

Discussão: Apesar de existir evidência de que a obesidade aumenta a metabolização hepática de fármacos e a absorção de contraceptivos pelo tecido adiposo, resultando na necessidade de maiores doses para alcançar nível terapêutico, não existe indicação para adaptar o aconselhamento contraceptivo em mulheres obesas sem outras comorbilidades conhecidas, podendo prescrever-se contraceção hormonal combinada. Porém, perante a presença de hipertensão, esta passa a ser uma contraindicação absoluta, sobretudo quando associado a outro fator de risco para doença cardiovascular, nomeadamente idade superior a 35 anos, tabagismo superior a 15 cigarros por dia ou dislipidemia. Perante as comorbilidades da doente, optou-se pela colocação de um dispositivo intrauterino com levonorgestrel. O presente caso clínico revela que a Medicina Geral e Familiar se distingue das restantes especialidades pela continuidade de cuidados que permite o acompanhamento holístico do doente, não isolando uma patologia ou risco dos restantes antecedentes do doente, garantindo-se assim uma abordagem interdisciplinar e integrada do doente.

Palavras-chave:

Obesidade,
Planeamento
familiar,
Hipertensão
Arterial



Abstract

Introduction: It is important to acknowledge, in a medical appointment, when a new and unexpected clinical problem arises and needs a holistic approach. This clinical case aims, on one hand, to reinforce that Family Medicine distinguishes itself from other medical specialties by the continuity of care that allows a holistic approach of the patient, not isolating one pathology or risk factor from the patient's remaining clinical history; on the other hand, recall that all medical specialties must bear in mind that these risks are not independent from each other.

Clinical case: A 42 year old woman with past medical history of class I obesity and choriocarcinoma in remission. Medicated with ethinyl estradiol + gestodene, 0.03 mg + 0.075 mg, 1 tablet / day for 21 days with a 7-day break, enies ethanolic, smoking or other habits. At a routine medical appointment, in the physical examination, she weighed 86 kg, and 167 cm tall, a body mass index (BMI) of 30.84 kg / m² (class I obesity) and an average blood pressure of successive measurements of 150/80 mmHg. The patient was requested to control blood pressure in ambulatory setting and a new appointment was scheduled 2 months later. In the next medical appointment, the patient presented the blood pressure record with systolic blood pressure values greater than 160 mmHg and diastolic blood pressure greater than 90 mmHg, normocardial. In the physical examination, she had an average blood pressure of successive measurements of 180/100 mmHg, with an identical BMI and a low cardiovascular SCORE risk (<1%). The patient was diagnosed with grade 2/3 arterial hypertension (based on both ambulatory and appointment values) and it was decided to prescribe lisinopril + amlodipine 20 mg + 5 mg 1 tablet / breakfast. Complementary diagnostic tests were performed to study the hypertension etiology, that revealed essential hypertension and, due to the increased cardiovascular risk, combined oral contraceptive was substituted by an intrauterine device with levonorgestrel.

Discussion: Although there is evidence that obesity increases drug hepatic metabolism and contraceptive adipose tissue absorption, which results in the need of higher contraceptive doses to reach therapeutic level, there is no indication to adapt contraceptive counseling in healthy obese women. However, if there is hypertension, combined oral contraceptives constitute an absolute contraindication, especially when associated with other risk factors for cardiovascular disease, such as age over 35 years, smoking more than 15 cigarettes a day or dyslipidemia. Considering the patient's comorbidities, an intrauterine device with levonorgestrel was chosen. This clinical case proves that Family Medicine distinguishes itself from other medical specialties by the continuity of care that allows the patient holistic approach, not isolating a pathology or risk from the patient's remaining history, thus ensuring interdisciplinary and integrated approach of the patient.

Keywords:

Obesity,
Family Planning,
Hypertension

Introdução

O método clínico centrado no paciente (MCCP) valoriza o processo de raciocínio conducente ao diagnóstico tradicional e dá igual importância à compreensão do significado, expectativas, sentimentos e medos do doente, implementando em paralelo dois planos de investigação diagnóstica, com respeito quer pela agenda do médico quer pela agenda do doente.¹ A par do respeito por ambas as agendas no decorrer da consulta, importa reconhecer quando surgem novos e inesperados problemas que carecem de igual atenção. Para assegurar que esses problemas são geridos com base na melhor evidência conhecida, é de especial importância que se encare o doente como um todo, tendo presente quer os seus problemas ativos e inativos, quer os seus antecedentes pessoais. O presente caso clínico tem como objetivos, por um lado, reforçar que a Medicina Geral e Familiar se distingue das restantes especialidades pela continuidade

de cuidados que permite o acompanhamento holístico do doente, não isolando uma patologia ou um fator de risco dos restantes antecedentes do doente, garantindo assim uma abordagem interdisciplinar e integrada do doente; e, por outro lado, recordar que todas as especialidades devem ter presente na sua prática clínica estes riscos que não são independentes entre si.

Descrição de caso

Sexo feminino, 42 anos, com antecedentes pessoais de obesidade classe I. Índice obstétrico: 1011, uma cesariana aos 22 anos por feto pélvico, um aborto espontâneo aos 37 anos por coriocarcinoma com normalização do valor de HCG após 5º ciclo de metotrexato, tendo cumprido 8 ciclos no total, em seguimento desde há 7 anos. Medicada habitualmente com etinilestradiol + gestodeno, 0.03 mg + 0.075 mg, 1 comprimido/dia durante 21 dias com pausa de 7 dias. Nega hábitos etanólicos, tabágicos ou

outros. Recorre a uma consulta programada de rotina. Ao exame objetivo apresentava peso de 86 kg, altura 167 cm com índice de massa corporal (IMC) de 30.84kg/m² (obesidade classe I) e uma pressão arterial média de três medições na consulta de 150/80 mmHg. Solicitou-se a auto-medição da pressão arterial em ambulatório e fez-se ensinamentos sobre o estilo de vida, nomeadamente medidas não farmacológicas como a prática de exercício físico, redução da ingesta salina, reagendando-se consulta para 2 meses depois. Na consulta seguinte a doente trouxe o registo das tensões arteriais em ambulatório com valores de pressão arterial sistólica superior a 160 mmHg e pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg, normocárdica. Ao exame objetivo, apresentava uma pressão arterial média de várias três medições de 180/100 mmHg, com um IMC sobreponível ao da consulta anterior e um SCORE de risco cardiovascular baixo (< 1%). Fez-se diagnóstico de hipertensão arterial de grau 2/3 (com base nos registos em ambulatório e na consulta) e optou-se por iniciar lisinopril + amlodipina 20 mg + 5 mg 1 comprimido/pequeno-almoço. Pediu-se um eletrocardiograma, ecografia renal com estudo doppler e uma avaliação analítica com hemograma completo, glicemia, função hepática, renal e tiroideia, catecolaminas, ionograma e perfil lipídico. Suspendeu-se o contraceutivo oral combinado, pelo risco cardiovascular acrescido, perante a hipertensão recém-diagnosticada, ficando nesta primeira fase com um método contraceutivo barreira (preservativo). Informou-se sobre as vantagens e as desvantagens dos métodos de contraceção adequados ao seu risco cardiovascular – métodos barreira, métodos progestativos, nomeadamente dispositivo intrauterino e implante progestativo, ou cirurgia de laqueação tubária bilateral – e reagendou-se consulta para decidir qual o método de longa duração a adotar, em conformidade com a vontade da doente e do casal. Na consulta subsequente, apresentava uma pressão arterial média de três medições de 120/80 mmHg, com valores de auto-medição da pressão arterial em ambulatório sempre abaixo dos 140/90 mmHg. Considerando os meios complementares de diagnóstico, destaca-se apenas o eletrocardiograma que apresentava ritmo sinusal, frequência cardíaca 74 bpm e um bloqueio completo do ramo esquerdo, sem mais alterações de relevo, tendo-se feito o diagnóstico de hipertensão arterial essencial.

Relativamente à contraceção, optou-se pela colocação de um dispositivo intrauterino com levonorgestrel (LNG) após a realização de uma ecografia endovaginal que não apresentou alterações.

Comentário/Discussão

Relativamente ao caso clínico apresentado, abordou-se a hipertensão arterial de forma clássica, cumprindo a norma de orientação clínica que preconiza uma reavaliação de pressão arterial em dois meses quando se encontra nos intervalos de pressão arterial sistólica entre 140-159 mmHg e pressão arterial diastólica no intervalo 90-99 mmHg.² Na consulta seguinte, confirmou-se o diagnóstico de hipertensão arterial e seguiram-se as recomendações, iniciando-se terapêutica dupla e foram solicitados exames complementares de diagnóstico para esclarecimento da etiologia da hipertensão arterial.³ No caso clínico apresentado, apesar do motivo da consulta subsequente se relacionar com os registos elevados de pressão arterial que levaram ao diagnóstico de hipertensão arterial com instituição de terapêutica medicamentosa, destaca-se a abordagem holística da doente, com atenção à necessidade de ajuste da terapêutica contracetiva face ao novo diagnóstico cardiovascular. A tendência de ir adicionando diagnósticos, sem rever os diagnósticos prévios e a medicação habitual do doente, deve ser contrariada por via de registos clínicos orientados por problemas, que permitam uma atenção permanente às diversas dimensões do doente.

Por um lado, a contraceção hormonal combinada (CHC) aumenta o risco de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio e doença arterial periférica nas mulheres com hipertensão arterial quando comparadas com as mulheres não utilizadoras de CHC.⁴ Assim, mulheres com pressão arterial sistólica superior a 140-159 mmHg ou diastólica superior a 90-99 mmHg, apresentam contraindicação relativa à toma de CHC, categoria 3 na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) – isto é, constitui um método não recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite. Nas mulheres com pressão arterial sistólica igual ou superior a 160 mmHg ou diastólica igual ou superior a 100 mmHg, apresentam contraindicação absoluta à toma de CHC, categoria 4 na classificação da OMS – ou seja, o uso do método representa um risco inaceitável para a saúde.⁵



Por outro lado, apesar de existir evidência de que a obesidade aumenta a metabolização hepática de fármacos e a absorção de contraceptivos pelo tecido adiposo sendo necessário, nestas mulheres, mais tempo para alcançar os níveis terapêuticos aquando do início da contraceção oral hormonal, não existe evidência consistente de que haja maior risco de falha contraceptiva nestas mulheres.^{5,6} Por esta razão, em mulheres com excesso de peso ou obesas sem outras comorbilidades conhecidas, todos os métodos de contraceção são elegíveis, não existindo indicação para adaptar o aconselhamento contraceptivo⁷, existindo apenas contra-indicação parcial à CHC, categoria 3 na classificação da OMS⁵, perante um IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$. Porém, importa ter presente os restantes antecedentes pessoais, de forma a fazer um aconselhamento contraceptivo adequado. Assim, em mulheres obesas, com IMC a partir de 30kg/m^2 , que apresentem outros fatores de risco cardiovascular associados, nomeadamente idade superior a 35 anos, tabagismo superior a 15 cigarros por dia, hipertensão ou dislipidemia, apresentam também uma contra-indicação de categoria 3 na classificação da OMS⁵ para a toma de CHC.⁶

No caso clínico presente, perante a hipertensão arterial de grau 2/3 optou-se por suspender a CHC, porém mesmo sendo possível controlar a hipertensão, importa não esquecer que a CHC mantém-se uma opção de, pelo menos, contra-indicação relativa, face à idade e restantes comorbilidades da doente.

Por fim, a opção de abordar a doente num método menos paternalista e mais centrado no doente permitiu estabelecer uma relação médico-doente mais efetiva, com maior adesão à terapêutica por parte da doente. Assim, neste caso clínico, apesar da suspensão imediata da CHC e adoção do método barreira, informou-se sobre os vários métodos possíveis, e reagendou-se consulta para uma decisão informada e ponderada. Optou-se pela colocação de um LNG, por se ter tido em consideração que a obesidade é fator de risco para hemorragia uterina anómala associada a hiperplasia endometrial, representando este método contraceptivo uma mais-valia na proteção e estabilização endometrial.^{8,9,10}

Referências Bibliográficas

1. Mendes Nunes, J. Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa: Bayer HealthCare; 2010.
2. Direção-Geral da Saúde. Hipertensão Arterial: definição e classificação; 2013; [consultado em 2020 dez 19]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
3. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Sociedade Europeia de Cardiologia. Recomendações de Bolso de 2018 da ESC – Comissão para as Recomendações Práticas; 2018; [consultado em 2020 dez 19]. Disponível em: <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket-guidelines-Hipertens%C3%A3o.pdf>
4. Gillum, L. A., Mamidipudi, S. K. & Johnston, S. C. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: A meta-analysis. JAMA 284, 72–8 (2000)
5. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO (2015).
5. Edelman A, Carlson N, Cherala G, Munar M, Stouffer R, Cameron J, et al. Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. Contraception. 2009; 80(2):119–27. DOI: 10.1016/j.contraception.2009.04.011. Epub 2009 Jun 4.
6. Edelman A, Cherala G, Munar M, Dubois B, McInnis M, Stanczyk F, et al. Prolonged monitoring of ethinyl estradiol and levonorgestrel levels confirms an altered pharmacokinetic profile in obese oral contraceptive users. Contraception. 2013; 87(2):220–6. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.10.008. Epub 2012 Nov 12.
7. Sociedade Portuguesa da Contraceção. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Consenso sobre Contraceção 2020; 2020; [consultado 2020 dez 19]. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf
8. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150; 2019.
9. Costa, A., Bombas, T., Souto, S. & Freitas, P. Recomendações para contraceção em mulheres com excesso de peso/obesidade, antes e após cirurgia bariátrica. *Acta Obstet Ginecol Port* 14, 38–43; 2020; [consultado em 2020 dez 31]. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302020000100009
10. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais. 50–54; 2018; [consultado em 2020 dez 31]. Disponível em: <http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/consenso-nacional-sobre-hemorragias-uterinas-anormais.pdf>