"Gravidez em Estado de ALERTA"

4 e 5 NOVEMBRO 2022

3as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

VIP Executive Entrecampos Hotel & Conference

Programa

Aceda aqui ao **programa digital**

3as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

Programa

6.ª feira | 4 de novembro

13:30h Abertura do secretariado

14:30-15:45h **MESA-REDONDA Diabetes gestacional**
Moderadores: Dr. José Guia *(Internista)* e Dr. Adelino Carragoso *(Internista)*
Palestrantes: Dra. Joana Louro *(Internista)* e Dra. Sofia Mateus *(Internista)*

15:45-16:00h **SESSÃO DE ABERTURA**

16:00-16:20h *Coffee-break*

16:20-16:50h **PALESTRA Perturbações alimentares e obesidade na gravidez**
Presidente: Dra. Alice Sousa *(Internista)*
Palestrante: Dra. Dulce Bouça *(Psiquiatra)*

16:50-18:05h **MESA-REDONDA Patologia psiquiátrica na gravidez**
Moderadora: Dra. Ana Valério *(MGF)*

Patologia médica da gravidez e saúde mental
Dra. Inês Felizardo *(Internista)* e Dra. Maria João Freire *(Psiquiatra)*

Depressão pós-parto
Dra. Beatriz Lourenço *(Psiquiatra)*

O papel da psicoterapia na gravidez
Dra. Alexandra Leonardo *(Psicóloga)*

18:05-18:20h ***TAKE-HOME MESSAGES* DO DIA**
Dra. Inês Sousa Martins *(Internista)*

18:20h **Fim das sessões do 1º dia**

Sábado | 5 de novembro

08:00h Abertura do secretariado

09:00-09:45h **COMUNICAÇÕES ORAIS**
Moderadoras: Dra. Inês Palma dos Reis *(Internista)* e Dra. Alice Sousa *(Internista)*
CO 01 – CO 04

09:45-11:00h **MESA-REDONDA Patologia neurológica na gravidez**
Moderadora: Dra. Ana Oliveira *(Internista)* e Dra. Natália Marto *(Internista)*

Risco cardiovascular e patologia neurológica na gravidez
Profa. Doutora Ana Campos *(Obstetra)*

Cefaleias na gravidez
Dra. Linda Kaupilla *(Neurologista)*

AVC na grávida
Dra. Marisa Mariano *(Internista)*

11:00-11:20h *Coffee-break*

11:20-12:30h **MESA-REDONDA Hipocoagulação na gravidez – Indicações e desafios**
Moderador: Dr. Pedro Correia Azevedo *(Internista)*
Palestrantes: Profa. Doutora Ana Glória Fonseca *(Internista)*
e Dra. Marta Espanhol Brito *(Obstetra)*

12:30-12:50h **PALESTRA Segurança farmacológica na gravidez**
Presidente: Dr. Pedro Correia Azevedo *(Internista)*
Palestrante: Dra. Márcia Silva *(INFARMED)*

12:50-14:30h Almoço

14:30-15:45h **MESA-REDONDA Fertilidade, doença médica e gravidez**
Moderadoras: Dra. Neuza Mendes *(Obstetra)* e Dra. Inês Felizardo *(Internista)*

Infertilidade e doença médica – Marcha diagnóstica
Dra. Ana Raquel Neves *(Obstetra)*

Técnicas de reprodução medicamente assistida – O método
Dra. Daniela Sobral *(Obstetra)*

Complicações médicas da reprodução medicamente assistida
Dra. Catarina Julião *(Obstetra)*

15:45-16:15h **PALESTRA** **Patologia respiratória na gravidez**
Presidente: Dra. Catarina Conceição *(Internista/Intensivista)*
Palestrante: Dr. Carlos Alves *(Pneumologista)*

16:15-16:35h *Coffee-break*

16:35-17:50h **MESA-REDONDA** **Exames de imagem na gravidez**
Moderadoras: Dra. Inês Palma dos Reis *(Internista)* e Dra. Anna Taulaigo *(Internista)*

A radiação e a gravidez
Dra. Inês Silveira Reis *(Radiologista)*

Availação ecográfica
Dra. Natacha Oliveira *(Obstetra)*

Revisão dos principais síndromas patológicos na gravidez e estudos de imagem
Dra. Úrsula Segura *(Internista/Intensivista)*

17:50-18:00h ***TAKE-HOME MESSAGES* DO DIA**
Dra. Carolina Sequeira *(Internista)*

ENTREGA DO PRÉMIO DRA. AUGUSTA BORGES AO MELHOR TRABALHO

18:00-19:00h **SESSÃO ABERTA AO PÚBLICO**
Tabagismo, outras adições e gravidez
Discussão multidisciplinar
Dra. Daniela Brigas *(Internista)*, Dra. Ana Fatela *(Obstetra)*, Dra. Joana Matos Branco *(MGF)*, Dra. Inês Dias Ferreira *(MGF)*, Dra. Rita Felício *(Psiquiatra)*, Dra. Raquel Ribeiro *(Psiquiatra)* e Dra. Filipa Viegas *(Psiquiatra)*

19:00h **Encerramento das Jornadas**

Comunicações Orais

CO 01

DOENÇA RENAL CRÓNICA E PRÉ-ECLÂMPSIA, A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Marta Henriques Costa; Helena Carolina Dias; Gabriela Namora; Ana Paula Machado; Marina Moucho
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A pré-eclâmpsia (PE) e a doença renal crónica (DRC) são duas entidades que se relacionam. Grávidas com DRC têm risco aumentado de PE, estando a PE associada a microalbuminúria, DRC e DRC terminal. Ambas podem manifestar-se por hipertensão e proteinúria, sendo que o diagnóstico diferencial nem sempre é possível.

Caso clínico: Grávida de 42 anos, 2G1P (1 cesariana anterior), com diabetes mellitus tipo 1 complicada com retinopatia diabética, proteinúria subnefrótica e hipertensão arterial provavelmente secundária, sob monoterapia com metildopa. Recorre à consulta às 31 semanas, onde foi constatado rácio proteína/creatinina de 6,01 com agravamento marcado recente da proteinúria, associado a registo tensional no domicílio com valores fora do alvo e edemas marcados dos membros inferiores. Foi avaliado o rácio sFlt/PlGF que se revelou um baixo risco. Manteve vigilância com apoio de nefrologia, tendo sido normal o estudo imunológico realizado, sem consumo de complemento. Foi assim assumido DRC por nefropatia diabética com progressão para grau 3. Às 36 semanas foi objetivada restrição do crescimento fetal com alteração da fluxometria umbilical, associado a agravamento tensional. Realizado novamente rácio sFlt/PlGF, este revelou risco intermédio. Foi decidida terminação da gravidez por cesariana às 37 semanas não tendo havido intercorrências neonatais. No puerpério iniciou quadro de hipertensão arterial de difícil controlo, com necessidade de politerapia a qual foi possível reduzir aos 6 meses pós-parto, altura em que os valores de proteinúria regressaram aos prévios à gravidez.

Discussão/Conclusões: Apresenta-se um caso de DRC por nefropatia diabética, com provável pré-eclâmpsia sobreposta na fase final da gestação. O rácio sFlt/PlGF e a fluxometria uteroplacentar ajudam no diagnóstico diferencial entre PE e DRC. A monitorização do rácio sFlt/PlGF pode também ser fundamental para decidir sobre o *timing* da terminação da gravidez.

CO 02

OUTCOME NEONATAL ADVERSO NUMA COORTE DE DIABETES GESTACIONAL

Sofia Pereira; Inês Silva Costa; Inês Guimarães Rento; Giovana Ennis; Hélia Mateus; Cristina Andrade; Adelino Carragoso; Edite Nascimento; Isabel Torres
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O acompanhamento regular e a autovigilância glicémia intensiva constituem a pedra angular da gestão da Diabetes na Gravidez, com benefícios irrefutáveis na otimização do controlo metabólico. Apesar de vários estudos reconhecerem que o planeamento da gravidez tem impacto significativo na redução dos riscos materno-fetais, os dados relativos aos cuidados pré-concecionais são escassos e desapontantes.

Material e métodos: Analisou-se uma coorte de grávidas com diabetes gestacional por um período de cinco anos.

Definiu-se um *endpoint* composto de hipoglicemia, taquipneia transitória do recém-nascido (RN) ou necessidade de internamento em UCERN como evento neonatal adverso.

Resultados: No período em estudo foram seguidas em consulta 933 grávidas, excluindo-se da análise final 39 por perda para *follow-up*.

A prevalência do *outcome* em estudo foi 18,6%. Nos testes de hipótese verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o *outcome* em estudo e o IMC inicial ($p<0,01$) e características do RN, como menor idade gestacional e menor peso à nascença ($p<0,01$). O mesmo não se verificou para a idade materna, ganho ponderal ou para a hemoglobina glicada do terceiro trimestre.

Na regressão logística binária em *stepwise* a obesidade grau III apresentou uma razão de chances até 85 vezes superior de *outcome* neonatal adverso face aos outros grupos. Quando ajustado relativamente a complicações maternas, a hipertensão (OR 4,0) e os hidrâminios (OD 5,3) associaram-se significativamente a *outcome* adverso.

Discussão e conclusões: A vantagem em procurar uma avaliação pré-concepcional e modificar hábitos antes de engravidar está hoje em dia claramente demonstrada, sendo considerada um aspeto muito importante da saúde reprodutiva de qualidade. Os nossos resultados advogam a necessidade de repensar o período pré-concepcional, nomeadamente no que respeita a um acompanhamento regular, dirigido e personalizado às mulheres com IMC elevado que pretendam engravidar.

CO 03

A CEFALEIA NA IDENTIFICAÇÃO DO AVC NA GRÁVIDA OU PUÉRPERA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Ramalho; Ana Cristina Mendes; Sara Matos; Adriana Henriques; Carla Cecília Nunes; Maja Petrova; Lèlita Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O AVC é uma complicação rara (0.03%) mas potencialmente devastadora na gravidez e pós-parto, constituindo uma emergência médica.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, puérpera de 15 dias (parto eutócico sem complicações), recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 1 semana de cefaleia intensa, com episódio no dia de vinda ao SU de síncope com pródromos (cefaleia), com surgimento posterior de défice motor à direita e alteração da linguagem com 3 horas de evolução. Apresentava-se vígil, hemodinamicamente estável, com afasia de predomínio anterior, desvio oculocefálico esquerdo, hemianópsia homónima direita, parésia facial central direita e hemiparésia direita grau 0, compatível com síndrome total da circulação anterior esquerda. Realizou TC e Angio-TC cranioencefálicas que demonstraram disseção da artéria carótida interna (ACI) esquerda com extensão intra-

craniana e oclusão do segmento M1 distal da artéria cerebral média (ACM). Foi submetida a trombectomia primária com revascularização parcial (TICI final 2b). Realizou eco-doppler carotídeo-vertebral e transcraniano em D1 de internamento que revelou estenose residual de 80% da ACI e hiperfluxo, tendo iniciado hipocoagulação. Aos 4 meses apresentava boa evolução clínica, com melhoria da afasia, sem défices motores, mantendo estenose de 50% da ACI.

Discussão: A cefaleia na gravidez e pós-parto requer vigilância clínica e exclusão de causa secundária. Os principais diagnósticos descritos são cefaleia pós punção dural (46%), pré-eclâmpsia (26%) e doença cerebrovascular (22%). A gravidez e o pós-parto conferem um risco 3x superior de AVC no jovem. As principais etiologias são cardioembolismo, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e trombose venosa cerebral. A dissecção arterial (principal causa de AVC no jovem) ocorre muito raramente (0.5-2.7%) como complicação do parto.

Conclusões: O AVC é uma causa importante de morbi-mortalidade materna, sendo a sua identificação precoce crítica na melhoria prognóstica das grávidas e puérperas.

CO 04

PANCREATITE AGUDA LITIÁSICA DE REPETIÇÃO NA GRAVIDEZ

Sofia Pedrosa de Moura; Sara Sereno; Sara Bernardes Cunha; Cátia Rasteiro; Margarida Brandão

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A pancreatite aguda (PA) é uma complicação rara na grávida, mas está associada a morbimortalidade significativa e é um diagnóstico diferencial de dor abdominal. Mais comum no 3º trimestre, é mais frequente na forma litiásica.

Caso clínico: Grávida de 24 anos, 15 semanas, saudável, 2ª gravidez com 1 morte fetal às 30 semanas associada a pré-eclâmpsia (PE), recorre ao serviço de urgência (SU) por epigastralgia, náuseas e vómitos, com dor à palpação epigástrica. Analiticamente, elevação da bilirrubina e enzimas de citólise hepática com amílase e lípase significativamente aumentadas. Foi excluída PE. A ecografia identificou múltiplos focos litiásicos na vesícula biliar, sem colangite. Foi internada por PA litiásica para tratamento conservador. Teve alta ao 6º dia de internamento, com melhoria clínica e laboratorial.

Às 18 semanas, regressa ao SU por recorrência das queixas e foi reinternada por PA litiásica com colangite. O processo de decisão partilhada com a grávida levou à realização de colecistectomia laparoscópica (sem intercorrências). Teve alta no dia após a cirurgia, Mantém gestação em curso (28 semanas).

Discussão: O tratamento conservador da pancreatite litiásica permite muitas vezes a resolução do quadro, mas a recorrência é comum. Inicialmente, a boa resposta ao tratamento conservador permitiu protelar a cirurgia. No 2º episódio, optou-se pelo tratamento cirúrgico, pela recorrência e colangite concomitante, que se associa, se não tratada cirurgicamente, a piores desfechos fetais. Apesar da idade gestacional, foi excluída PE.

Conclusões: Ainda que rara, a PA é um diagnóstico diferencial de dor abdominal e deve ser abordada multidisciplinarmente. Principalmente em idades gestacionais mais tardias, numa abordagem inicial, o diagnóstico de PE deve ser ponderado. O tratamento cirúrgico é muitas vezes preterido na grávida, contudo, garantido que o benefício supera o risco, deve ser equacionado.

3as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

Posters

PO 01 Retirado

PO 02 Retirado

PO 03

QUAL A INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA NA VIA DE PARTO EM NULÍPARAS COM TRABALHO DE PARTO INDUZIDO?

Inês Taborda Leal; Filipe Nóbrega; Inês Sargaço; Maria Barradas; Filipa Coelho; Luís Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Atualmente assiste-se ao aumento da idade materna na primeira gravidez, fenómeno que implica potenciais complicações.
Objetivos: Avaliar a influência da idade materna avançada (IMA) na via de parto em nulíparas de termo submetidas a indução de trabalho de parto (ITP).
Materiais e métodos: Incluíram-se neste estudo coorte retrospetivo 12713 nulíparas de termo (≥37 semanas), internadas no Hospital Central do Funchal (HCF) entre Janeiro/2000 e Dezembro/2020. Foram divididas com base na Idade materna – Grupo A < 35 anos e Grupo B ≥ 35 anos – para análise dos seguintes parâmetros: comorbilidades maternas como hipertensão (HTA) e Diabetes gestacional (DG), tipo de parto, motivo de cesariana (CSA), peso do recém-nascido (RN), score APGAR ao 5º minuto, RN com restrição de crescimento fetal (RCF) e taxa de admissão na UCINP.
Resultados: No período estudado nasceram 47810 bebés no HCF. 12713 preenchiam os critérios de inclusão. Constatou-se o aumento da taxa de grávidas com ≥35 anos (21,6% das grávidas em 2000 e 35,6% em 2020). Também a taxa de ITP tem aumentado ao longo das últimas décadas – 16,1% em 2000 vs. 45.0% em 2020. 72,5% das grávidas do Grupo A tiveram uma ITP bem sucedida vs. 58,1% no Grupo B. 41,9% das grávidas do Grupo B tiveram parto por CSA vs. 27,5% no Grupo A, sendo as indicações mais frequentes estado fetal não tranquilizador (grupo A – 26,9% vs. grupo B - 28.1%), trabalho de parto estacionário (29.4% vs. 23,3%) e falha de ITP (11,1% vs. 23,9%). Relativamente a comorbilidades maternas, 10.0% das grávidas do Grupo B tinha DG vs. 4,3% no Grupo A. HTA estava presente em 5,2% no Grupo A vs. 6,5% no Grupo B. Não houve diferença significativa no peso ao nascer nem de RCF nos dois grupos. 2,4% dos RN do grupo A foram internados na UCINP vs. 5,4% do Grupo B. 0,2% dos RN tiveram score APGAR <7 ao 5º minuto no Grupo A vs. 0,4% no Grupo B.
Conclusão: A IMA associa-se a menor sucesso de ITP e consequente maior taxa de cesarianas nas nulíparas de termo. A IMA é também um fator de risco para DG, baixo Apgar ao 5º minuto e admissão na UCINP. É também importante contextualizar estes re-

sultados no longo período estudado, com o envelhecimento da população obstétrica pelo cresceste número de grávidas com ≥ 35 anos e do aumento da ITP, provavelmente também relacionado com o aumento da idade materna e das suas comorbilidades.

PO 04

GRAVIDEZ APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA – ESTUDO RETROSPETIVO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA (CHTS)

Cláudia da Costa Oliveira; Andreia Mota de Sousa; António de Pinho; Ariana Gomes; Ana Morgado
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Com a prevalência crescente de obesidade tem-se verificado um aumento de grávidas previamente submetidas a cirurgia bariátrica. Nestas gestantes, está descrita uma redução de complicações associadas à obesidade como diabetes gestacional e distúrbios hipertensivos, mas tem-se associado a aumento de recém-nascidos leves para a idade gestacional (LIG) e défices nutricionais maternos. O objetivo deste estudo foi caraterizar as gestantes previamente submetidas a cirurgia bariátrica e analisar os desfechos materno-fetais.
Material e métodos: Estudo retrospetivo descritivo com dados colhidos no CHTS entre 01/2016 e 01/2022. Incluíram-se grávidas previamente submetidas a cirurgia bariátrica vigiadas e com o parto na instituição.
Resultados: 29 casos com idade média de 33 anos. Cirurgias bariátricas realizadas: bypass gástrico (59%), sleeve gástrico (31%) e banda gástrica (10%). Tempo médio entre a cirurgia e a gravidez de 3.1 anos (DP 1.8); 21% engravidaram no 1º ano após a cirurgia. O IMC médio prévio à gravidez foi 32.1 (DP 5.2) e 48% apresentava um IMC ≥ 30. A média de aumento ponderal na gravidez foi 11.2 Kg (DP 6.4); 55% com aumento >10Kg; 45% desenvolveram diabetes gestacional e 1 caso desenvolveu uma complicação hipertensiva, pré-eclâmpsia. A idade gestacional média no parto foi 38 semanas e 72% tiveram parto vaginal. O Índice de Apgar médio ao 1º e 5º minuto foi de 9 e 10. O peso médio ao nascimento foi 2.941kg: 24% ≤ 2.5 Kg e 57% entre 2.5-3.5kg e 28% eram LIG. Foram admitidos nos Cuidados Intensivos Neonatais 21% dos recém-nascidos.
Discussão: Muitas grávidas mantiveram obesidade na altura em que engravidaram e apresentaram um aumento ponderal importante, o que pode justificar a elevada percentagem de casos com diabetes gestacional. No geral, os desfechos materno-fetais foram favoráveis.
Conclusão: A gravidez após cirurgia bariátrica não está isenta de riscos sendo importante um bom acompanhamento destas gestantes.

PO 05

GESTAÇÕES COMPLICADAS POR SÍNDROMES POLIGLANDULARES AUTOIMUNES – 2 CASOS CLÍNICOS

Patrícia Nazaré; Manuela Almeida
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: As síndromes poliglandulares autoimunes (SPGA) caracterizam-se pela combinação de duas ou mais patologias autoimunes endócrinas e não-endócrinas. Dependendo dos autores, podem dividir-se em 3 (ou 4) tipos, sendo o tipo 2 mais comum.
Caso clínico 1: Grávida, 31 anos, com diagnóstico de SPGA tipo 2 (insuficiência suprarrenal primária, hipotiroidismo autoimune e falência ovárica prematura). A conceção ocorreu através de fertilização in vitro, complicada de instabilidade hemodinâmica após punção ovocitária, com necessidade de internamento. Manteve seguimento multidisciplinar (Medicina Materno-Fetal e Endocrinologia), com diagnóstico de hipertensão arterial às 13 semanas de gravidez, medicada com metildopa, levotiroxina, hidrocortisona e fludrocortisona. Teve um parto eutócico induzido

às 38 semanas, complicado de hemorragia pós-parto com instabilidade hemodinâmica, com necessidade de ajuste da corticoterapia intra-parto. O recém-nascido teve boa adaptação à vida-extrauterina.

Caso clínico 2: Grávida, 30 anos, com diagnóstico de SPGA tipo 3 (hipertiroidismo autoimune e diabetes tipo 1). Durante a gravidez apresentou mau controlo da patologia de base, com seguimento irregular e incumprimento terapêutico, nomeadamente do metibasol. Internada às 30 semanas por diabetes mal controlada e restrição de crescimento fetal com alterações da fluxometria, com suspeita de anemia fetal, que motivou maturação pulmonar fetal e cesariana às 31 semanas. O recém-nascido foi admitido na Neonatologia por prematuridade.

Discussão: As SPGA podem estar associadas a complicações durante a gravidez e parto. O controlo preconcecional e o ajuste terapêutico adequado na gravidez/trabalho de parto permitem otimizar o equilíbrio eletrolítico e o controlo analítico e endocrinológico, contribuindo para desfechos maternos e fetais favoráveis.

Conclusão: A abordagem multidisciplinar, da preconceção ao pós-parto, é fundamental nas síndromes poliglandulares autoimunes associadas à gravidez.

PO 06

TERAPÊUTICA DUPLA NA HTA CRÓNICA NA GRAVIDEZ: QUAIS SERÃO OS IMPACTOS?

Beatriz Ferro; Vanessa Vieira; Ana Português Duarte; Joana Mafra; Cátia Silva; Inês Marques; Carlos Barata; Maria Céu Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: 1 em 10 mulheres terá elevação tensional em algum momento da gravidez.

O objetivo foi comparar dados demográficos e *outcomes* maternos e fetais de grávidas não medicadas/terapêutica única vs terapêutica dupla anti-hipertensiva.

Material e métodos: Estudo retrospetivo que incluiu grávidas referenciadas à consulta de hipertensão arterial (HTA) de janeiro de 2017 a dezembro de 2021 (207). Divisão em 2 grupos consoante a terapêutica: inexistente/única (grupo 1 (G1), n=179) ou dupla (grupo 2 (G2), n=28). Análise estatística: SPSS®v27 (significância para p<0,05).

Resultados: Em 13,5% (28) foi introduzido um 2º fármaco, a maioria um betabloqueador (78,6%,n=22).

A idade gestacional (IG) mediana na primeira consulta foi 13 semanas (S) G1 vs 12 S (p=0,035).

Nos dois grupos a idade mediana foi 35 anos, a maioria tinha excesso ponderal ou obesidade (67,2% vs 62,9%, p=ns), eram multíparas e caucasianas (97,2% vs 100%, p=ns).

Foi realizado MAPA em 65,9% (118) do G1 vs 82,1% (23) (p=0,087): critérios de HTA (67% vs 95%, p=0,011), horário diurno e noturno (55,1% vs 81,8%) e padrão dipper (71,2% vs 63,6%).

Foi iniciada terapêutica em 66,5% (119) do G1: a partir das 14 S no G1 vs 11 S (p=0,009), maioritariamente nifedipina em 1ª linha.

Foi diagnosticada PEC em 28,5% vs 10,7% (p=0,046), restrição do crescimento fetal em 8,9% vs 14,3% (p=ns) e eclâmpsia e HELLP em 1 caso no G1.

A IG mediana de parto foi 38 S no G1 vs 37 S (p=ns), a maioria induzido (49,7% vs 60,7%, p=ns) e por cesariana em 35,9% no G1 vs 39,3% (p=ns).

O peso mediano foi 2900g (540-4450) no G1 vs 2800g (1485-4060) (p=ns), com Apgar <4 ao 1º minuto em 1,9% (3) e <7 ao 5º minuto em 2,6% (4).

Foi mantida medicação anti-hipertensora no pós-parto em 46,6% G1 vs 78,6% (p=0,002).

Discussão: Casos refratários de HTA foram referenciados e medicados mais cedo, com maior necessidade de manter a terapêutica no pós-parto.

Conclusões: A vigilância destas mulheres é

de máxima importância, mesmo pré-concecional e após o fim da gravidez.

PO 07

SOBREPOSIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE E SÍNDROME DE HELLP: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Barradas; Maria Inês Sargaço; Filipe Nóbrega; Inês Leal; Filipa Santos; Cremilda Barros; Luís Miguel Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: Na gravidez, as complicações decorrentes de distúrbios hipertensivos estão entre as principais causas de morbimortalidade materna, com principal destaque para a Pré-eclâmpsia (PE)/Eclâmpsia e a síndrome de HELLP. Há autores que consideram a síndrome de HELLP uma forma grave de PE, mas a relação entre os dois distúrbios é controversa.

Caso clínico: Grávida, 30 anos, 28s, G2P0, antecedentes de asma, infeção COVID-19 e sífilis, recorre ao serviço de urgência por epigastralgia, cefaleia e hipertensão (165/100mmHg). Analiticamente com trombocitopenia (87.000/uL), LDH elevada (322U/L), rácio sFlt/PlGF patológico (900), citólise hepática (GPT 63U/L; GOT 67U/L) e proteinúria (600mg/dL). Ecograficamente apresenta Restrição do Crescimento Fetal Estadio 1. É internada para maturação pulmonar fetal com dexametasona, neuroproteção com sulfato de magnésio, tromboprofilaxia com enoxaparina e terapêutica anti-hipertensora com nifedipina. Apesar destas medidas, dá-se um agravamento analítico no 4º dia de internamento e é decidida cesariana urgente, que decorre sem intercorrências (RN de 740g, Apgar 8/9/9). No pós-parto apresenta agravamento clínico e analítico: reinicia cefaleias e hipertensão (164/97mmHg) e há agravamento da trombocitopenia (47.000/uL), citólise hepática (GPT 155U/L; GOT 165U/L), hemólise (LDH= 739U/L) e proteinúria (rácio proteínas/creatinina= 9). É adoptada uma atitude expectante e a doente apresenta boa evolução, tendo alta ao 5º dia pós-parto medicada com nifedipina.

Discussão: Trata-se de um caso atípico de patologia hipertensiva grave numa grávida de 28 semanas sem fatores de risco além da infeção COVID-19. Há uma sobreposição dos diagnósticos de síndrome de HELLP e PE grave. A distinção diagnóstica é difícil dado que a doente apresenta não só trombocitopenia, disfunção hepática e hemólise mas também hipertensão grave e proteinúria. À admissão não preenchia os critérios para síndrome de HELLP, admitindo-se o diagnóstico de PE grave. Porém, no pós-parto apresenta LDH= 739U/L, passando a preencher todos os critérios de síndrome de HELLP.

Conclusão: Este caso espelha a volubilidade do espectro das doenças hipertensivas da gravidez, a dificuldade em aplicar os diferentes critérios de diagnóstico e a importância da constante vigilância e ajuste das atitudes terapêuticas.

PO 08

HTA CRÓNICA NA GRAVIDEZ: DIAGNÓSTICO E *OUTCOMES* – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Vanessa Vieira; Beatriz Ferro; Cátia Silva; Joana Mafra; Ana Português Duarte; Inês Marques; Carlos Barata; Maria Céu Almeida
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) crónica complica cerca de 3-5% das gestações e deve ser diferenciada de complicações hipertensivas da gravidez, como pré-eclâmpsia (PEC) e hipertensão gestacional.

O objetivo foi analisar características demográficas e *outcomes* maternos e fetais de grávidas com HTA crónica.

Material e métodos: Estudo retrospetivo que incluiu as grávidas referenciadas à consulta de HTA de janeiro de 2017 a dezembro de

2021 (n=207).

Resultados: Em 74,9% (155) foi assumido o diagnóstico de HTA crónica. A maioria foi referenciada por HTA crónica essencial (76,1%), com idade gestacional (IG) mediana na primeira consulta de 12 semanas (5-33).

A idade mediana foi 35 anos (20-46), a maioria de raça caucasiana (96,8%) e multípara. 63,8% (97) tinham excesso ponderal ou obesidade e 6,4% (n=10) eram fumadoras.

Estavam descritos antecedentes de HTA gestacional em 16,8% (26), HTA crónica em 10,3% (16), PEC em 12,9% (20) e restrição do crescimento fetal (RCF) em 11,6% (18).

Foi introduzido ácido acetilsalicílico em 91% (141), a partir das 12 semanas (6-31).

Foi realizado MAPA durante a gravidez em 65,2% (101): com critérios de HTA em 79,2% (80), diurna e noturna em 58,4% (59) e dipper em 66,3% (67).

Foi iniciada terapêutica anti-hipertensiva em 86,5% (134) às 12 semanas (3-38), na maioria a nifedipina (67,7%).

Foi diagnosticada PEC em 28,4% (44), RCF em 10,9% (17) e eclâmpsia e HELLP em 1 caso.

A IG mediana de parto foi 38 semanas (26-40), a maioria induzido (51,6%, n=80) e por cesariana (CSA) em 36,8% (57). O peso mediano foi 2975g (540-4305) e registou-se um Apgar <4 ao 1º minuto em 1,9% (3) e <7 ao 5º minuto em 2,6% (4).

Foi mantida medicação anti-hipertensora no pós-parto em 65,2% (101).

Discussão: Grávidas com HTA crónica têm maior incidência de complicações, tais como PEC, RCF, parto pré-termo e CSA.

Conclusões: O tratamento e vigilância diferenciados (pré-concecional e gravidez) são cruciais para minimizar os desfechos materno-fetais adversos.

PO 09

DOES SARS-COV-2 INFECTION DURING PREGNANCY INFLUENCE OBSTETRIC OR NEONATAL OUTCOME?

Joana Pinto Teles; Rita Dunkel; Margarida Figueiredo; Maria Oliveira; Ana Marta Pinto; Nuno Oliveira; Sara Neto

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introduction: *Pregnancy is a known risk factor for severe COVID-19. Also, Sars-CoV-2 infection during pregnancy are commonly associated with preterm and cesarian birth, as well as higher risk of developing preeclampsia, eclampsia and HELLP Syndrome. Fetal growth restriction is a concern linked to other SARS infections and may also be associated with SARS-CoV-2. As the COVID-19 pandemic is a current issue and still under resolution, there are few published studies on the obstetric and neonatal outcome associated with pregnancies in which this infection occurred. Thus, the aim of this study is to understand whether Sars-CoV-2 infection influenced the outcome of pregnancies monitored in a Portuguese hospital.*

Material and methods: *This was a retrospective cohort study in a single maternity hospital. Data were collected on all patients with diagnosis of Sars-CoV-2 infection during pregnancy from May 2020 until 31st August 2022. Statistical analysis was performed using SPSS Version 27.0 statistic software package.*

Results: *454 cases of Sars-CoV-2 infection in pregnancy were reported, 5 of which were in twin pregnancies. In this group, there were 10 (2,2%) cases of Gestational Hypertension, 13 (2,8%) cases of Preeclampsia and there were no cases of Eclampsia or HELLP Syndrome. There was a total of 308 (67,8%) vaginal deliveries and 151 (33,2%) cesarean sections. Only 19 cases (4,2%) were born before 37*

weeks. Regarding weight, 30 (6,6%) newborns weighed less than 2500g; with most newborns (310, 68,3%) weighing between 3000 and 4000g.

Discussion and conclusions: *Sars-CoV-2 infection in the studied population does not seem to influence the risk of developing preeclampsia, eclampsia or HELLP Syndrome. The risk of preterm birth does not appear to be influenced by infection, as well as the likelihood of low birth weight. On the other hand, the cesarean section rate in pregnant women diagnosed with SARS-CoV-2 infection during pregnancy is about 5% higher than the cesarean section rate at this hospital. Larger population-based studies are needed to infer more representative conclusions about Sars--CoV-2 infection during pregnancy in the Portuguese population.*

PO 10

A GRAVIDEZ COMO JANELA DE OPORTUNIDADE PARA O CONTROLO METABÓLICO NA DIABETES PRÉVIA

Sofia Santos Pereira; Inês Guimarães Rento; Giovana Ennis; Hélia Mateus; Cristina Andrade; Adelino Carragoso; Edite Nascimento; Isabel Torres
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A diabetes prévia (DP) aumenta o risco de resultados maternos e neonatais adversos. A otimização do controlo glicémico mediante cumprimento da terapêutica farmacológica e não farmacológica quando gerido por uma equipa multidisciplinar diminui estes riscos, ao mesmo tempo que sensibiliza a grávida para o impacto efetivo que mudanças no estilo de vida têm sob a sua doença crónica. Analisámos a variação da hemoglobina glicada (HbA1c) entre a fase pré-concecional e ao longo da gravidez.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, observacional. Foram incluídas as 44 grávidas com DP, com partos entre 2016 e 2020, seguidas na consulta de Diabetes e Gravidez de um hospital central. O tratamento dos dados foi feito com recurso ao IBM-SPSS 26®.

Resultados: Verificou-se a seguinte evolução da HbA1c média na amostra: 7,24%±1,60 na fase pré-concecional; 7,11%±1,51 no primeiro trimestre; 6,11%±0,86 no segundo trimestre; 6,46%±1,38 no terceiro trimestre. O teste de Friedman mostrou que a HbA1c diferiu de forma estatisticamente significativa nos diferentes períodos analisados ($p = 0,006$). A aplicação de múltiplos testes de Wilcoxon (*signed-rank tests*) mostrou uma redução estatisticamente significativa da HbA1c da fase pré-concecional até ao fim da gravidez, verificando-se uma redução da HbA1c média de 0,78% da fase pré-concecional até ao terceiro trimestre ($p = 0,005$).

Discussão e conclusões: A fisiopatologia da gravidez explica parte dos resultados obtidos na medida em que as mulheres com DP são mais sensíveis à insulina durante as fases iniciais da gravidez sendo mais fácil a redução da HbA1c. Em contraponto, a resistência à insulina e as exigências metabólicas do terceiro trimestre são significativamente superiores. Inferimos que a gravidez parece proporcionar uma janela de oportunidade única para um melhor controlo metabólico da DP.

PO 11

UM CASO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR NA GRAVIDEZ

Juliana Carneiro; Renato Gonçalves; Carla Gonçalves; João Pereira; Ana Patrícia Silva; Joana Coelho; Lúcia Jardim; Bruno Ferreira; Ana Rita Elvas; Leopoldina Vicente
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: A gravidez e o puerpério, são estados de maior hipercoagulabilidade, e, portanto, são fatores de risco para a ocorrência de tromboembolia pulmonar (TEP). Não existem sinais ou sintomas clínicos específicos

de TEP. A gasometria arterial e D-dímeros são frequentemente utilizados, mas não são sensíveis nem específicos como ferramentas de diagnóstico. A alcalose respiratória é uma característica muito comum tanto na gravidez quanto na TEP e os níveis de D-dímero aumentam durante o curso de uma gravidez normal e diminuem lentamente no pós-parto.

Caso clínico: Mulher, 31 anos, 29 semanas de gestação, recorre ao serviço de urgência por quadro de dor pleurítica com 4 horas de evolução, sem irradiação. Realizou vacina Pfizer®, para covid, no dia anterior, com mialgias e cefaleia frontal associadas, para a qual realizou paracetamol com alívio. Negada febre, queixas geniturinárias, respiratórias ou gastrointestinais. Ao exame objetivo, a salientar taquicardia (122 batimentos/minuto), sem outras alterações, nomeadamente sem empastamento gemelar. Analiticamente, sem elevação parâmetros inflamatórios, sem anemia, marcadores cardíacos sem alterações, D-dímeros elevados (4180.0 ng/mL). O eletrocardiograma confirmou taquicardia sinusal, gasometria com alcalose respiratória, gradiente alvéolo-arterial aumentado e Rx Tórax sem alterações relevantes.

Discussão: O diagnóstico de TEP durante a gravidez é desafiante devido a preocupações com a exposição da mãe e do feto à radiação ionizante e ao contraste. No entanto, no que concerne a vacinação não houve evidência de maior risco de desfechos adversos, incluindo TEP ($p > 0,05$) em grávidas que receberam a vacina.

Conclusão: Este caso serve para mostrar a enorme complexidade do diagnóstico de TEP na grávida, população pouco abordada no âmbito da Medicina Interna. A suspeita clínica deve elevada e, apesar de o Rx tórax não ter alterações, deveria ter sedio realizada relação ventilação/perfusão ou angiotomografia computorizada do tórax. Neste caso, foi optada pela não realização, após ponderação de todos riscos e benefício, tendo-se assumido o diagnóstico e iniciado terapeutica em conformidade com boa evolução da gestação e pós-natal.

PO 12

UM CASO DE HEPATITE AUTO-IMUNE NO PÓS-PARTO

Sílvia Oliveira; Margarida Arantes Silva; Alexandra Silva Azevedo; Joana Barros; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A metildopa é um fármaco usado com frequência durante a gravidez, dado o seu perfil de segurança. A disfunção hepática é um dos efeitos adversos associados a este fármaco e, apesar de não ser uma reação comum, temos de estar alerta para a possibilidade da mesma devido à sua potencial gravidade.

Caso clínico: Mulher, 32 anos, puérpera. Indução do trabalho de parto às 37 semanas de gestação por perfil tensional elevado, tendo ficado medicada com metildopa à data de alta. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de icterícia com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava um padrão de citocolestase, tendo ficado internada por hepatite aguda para estudo. Do estudo realizado foi excluída etiologia vírica e trombose da veia porta. Apresentava anticorpo anti-músculo liso e actina F positivos. Biópsia hepática a favor de etiologia tóxica. Suspendida metildopa com melhoria clínica e analítica. Após suspensão de corticoterapia e azatioprina sem disfunção hepatocelular de novo pelo que foi assumida hepatite auto-imune secundária à metildopa.

Discussão: Pensa-se que a hepatite secundária à metildopa se deva a um metabolismo anormal da mesma pelo citocromo P450, o que pode levar ao desenvolvimento de uma reação imune a este fármaco. Esta pode ser aguda ou crónica, sendo que a maioria dos doentes desenvolvem sintomas 3 semanas após o início deste fármaco. Na maioria dos

doentes após a sua suspensão, há uma rápida melhoria clínica.

Conclusões: Este caso vem reforçar a importância da monitorização da função hepática nos doentes sob tratamento com metildopa, nomeadamente as grávidas e puérperas que são uma população em que o uso deste fármaco é frequente.

PO 13

LITÍASE URINÁRIA NA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Barradas; Maria Inês Sargaço; Filipe Nóbrega; Inês Leal; Filipa Santos; Cremilda Barros; Luís Miguel Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A gravidez predispõe à formação de cálculos urinários uma vez que há maior estase urinária, aumento da excreção urinária de cálcio e aumento do pH urinário. A nefrolitíase sintomática aumenta o risco de abortos recorrentes, parto pré-termo, rotura prematura de membranas, infeções do trato urinário (ITU), distúrbios hipertensivos, diabetes gestacional, baixo peso ao nascimento e parto por cesariana. O tratamento agudo é geralmente conservador (analgesia) pois a dilatação fisiológica do trato urinário na gravidez permite a expulsão espontânea da maioria dos cálculos. Quando há falência do tratamento conservador ou complicações (cálculos obstrutivos, ITU recorrentes, sepsis ou lesão renal aguda), a descompressão do sistema coletor deve ser realizada de forma urgente, independentemente da idade gestacional. Para isso está indicado o uso de cateter ureteral ou nefrostomia percutânea. As grávidas estáveis podem ser submetidas à remoção eletiva dos cálculos por ureteroscopia com litotrícia a laser, já que a litotrícia por ondas de choque e a nefrolitotomia percutânea são contraindicadas durante a gravidez.

Caso Clínico: Mulher de 21 anos, com antecedentes de nefrolitíase, portadora de cateter ureteral duplo J, grávida de 6 semanas (s), G2P1, recorre à urgência por dor pélvica, disúria e polaquiúria. É detetada ITU por enterococcus faecalis e medicada com amoxicilina. É observada pela Urologia que realiza cistoscopia e deteta a presença de litíase vesical englobando o cateter, removendo-se parte do cateter. Apesar deste procedimento, mantém as queixas pelo que é submetida a litotrícia a laser com fragmentação dos cálculos e remoção do restante cateter. Às 31s é detetada Restrição do Crescimento Fetal (RCF) Estadio 1 e é decidida indução do trabalho de parto às 37s. O parto eutócico decorre sem intercorrências com nascimento de recém-nascido leve para a idade gestacional.

Discussão: Neste caso observamos o risco que a nefrolitíase representa na gravidez para o desenvolvimento de infeções e de RCF. Também revela a segurança do uso da litotricia a laser na gravidez e a importância da rápida descompressão do sistema coletor.

Conclusões: A nefrolitíase na gravidez pode constituir um dilema terapêutico pois há limitações no uso de certas técnicas anestésicas, fármacos, radiação e intervenções cirúrgicas.

PO 14

TAQUICARDIA AURICULAR FOCAL NA GRAVIDEZ – COMPLICAÇÃO ASSOCIADA A SARSCOV-2?

Nicoleta Pinzari; Ana F. Sousa; Ana Alves; Helena Machado; João Filipe Carvalho; Telma Carlos; António Santiago
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: As Taquicardias Supraventriculares (TSV), onde se inclui a Taquicardia Auricular Focal (TAF), são entidades que, embora raras (incidência na gravidez de 22-25:100000), associam-se a maior risco de complicações obstétricas e mortalidade materna. Por sua vez, a infeção por SARSCoV-2 foi associada a maus desfechos obstétricos/maternos, bem como a maior incidência de

complicações cardiovasculares, nomeadamente arritmias.

Caso clínico: Grávida de 36 anos, Gesta2 Para1, saudável, sem intercorrências ate´ às 28 semanas, altura em que foi avaliada no Serviço de Urgência por febre, tosse, cansaço e dor torácica. As queixas foram interpretadas no contexto da infeção viral, após teste SARS-CoV-2 positivo, sendo medicada com paracetamol. Uma semana depois, foi reavaliada pelo médico assistente por referir cansaço, intolerância ao decúbito e palpitações. Foi requisitado electrocardiograma que mostrou ritmo auricular ectópico (RAE) 84bpm. Posteriormente referenciada à Consulta de Obstetrícia e subsequentemente foi pedida a colaboração da Cardiologia. Tendo a gestante realizado Holter 24 horas que confirmou palpitações correspondentes a períodos de RAE e episódios de TSV mantida. Ficou medicada com Metoprolol, com melhoria sintomática, mantendo a vigilância multidisciplinar (Cardiologia, Obstetrícia e Anestesiologia). Às 39 semanas teve parto eutócico sob anestesia epidural de recém-nascido saudável, com 4040g e índice de Apgar de 8/9/10, tendo tido alta ao 2ºdia de pós-parto sem registo de complicações maternas ou fetais.

Discussão: As alterações fisiológicas da gravidez criam um ambiente arritmogénico, propiciando o desencadeamento ou a acentuação de arritmias prévias. Também a infeção por SARSCoV-2 propicia eventos arrítmicos, bem como maior risco de complicações maternas e fetais. Sendo a TAF desencadeada ou não pela infeção viral, foi o diagnóstico e atempada referenciação da grávida que permitiu uma gestão clinica adequada e um melhor desfecho materno e neonatal.

Conclusão: Embora exista uma maioria de casos com sintomatologia leve, o impacto do Covid-19 na gravidez não é desprezível. As estratégias de prevenção primária, como a vacinação, devem fazer parte do aconselhamento em saúde materna.

PO 15

DIAGNÓSTICO TARDIO DE SÍNDROME DOS ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Pedrosa de Moura; Sara Sereno; Cátia Rasteiro; Margarida Brandão
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A Síndrome dos Anticorpos Antifosfolipídicos (SAAF) é um distúrbio autoimune com envolvimento multissistémico. Para o diagnóstico são necessários critérios laboratoriais e clínicos (ocorrência de eventos tromboembólicos e/ou perdas gestacionais (PG) (3 ou mais perdas antes das 10 semanas ou de 1 ou mais mortes fetais, após a exclusão de outras causas)).

Caso clínico: Mulher de 49 anos orientada para Consulta de Ginecologia por Hemorragia Uterina Anómala. Dos antecedentes pessoais destaca-se a ocorrência de uma trombose venosa iliofemural esquerda aos 44 anos, assumida no contexto de pós-operatório recente de abdominoplastia e toma de anticoncetivo oral, tendo sido hipocoagulada com varfarina durante 8 meses, sem mais estudos adicionais. Da história obstétrica, identificou-se uma morte fetal aos 35 anos, com 28 semanas de gravidez, noutra instituição, com referência verbal a uma possível trombose do cordão, sem outros estudos etiológicos conhecidos. Na gestação subsequente, sem intercorrências e levada a termo, fez Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) e Aspirina de baixa dosagem.

Para além da orientação da HUA, teve consulta de ImunoHemoterapia, tendo feito, entre outros, estudo de trombofilias. Foram detetados anticoagulante lúpico e anticorpos anti-cardiolipina e anti-B2-glicoproteína positivos. No contexto do diagnóstico de SAAF, iniciou hipocoagulação vitalícia com varfarina.

Discussão: A valorização da anamnese e a integração entre as múltiplas especialidades foi de importância fundamental para estabelecer o diagnóstico de SAAF e instituir o tratamento adequado. Neste caso, houve mesmo indicação para terapêutica anticoagulante a longo prazo.

Conclusões: Na abordagem de um evento tromboembólico ou de PG, o estudo etiológico é de extrema importância. O reconhecimento da necessidade de rastrear SAAF, efetivar o estudo e a instituição de terapêutica adequada podem evitar complicações nefastas tanto na grávida como na não grávida.

PO 16

TO BE OR NOT TO BE (PREGNANT): THIS IS THE QUESTION

Inês de Sousa Martins[1]; Filipa Cardoso[2]; Ana Lladó[3]; Anna Taulaigo[4]; Inês Palma Dos Reis[4]

[1]Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; [2]Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; [3]Unidade Funcional Medicina 7.2, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; [4]Medicina Interna, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) pode atingir mulheres em idade fértil e comporta maior risco de morbilidade materno-fetal.

Caso clínico: Mulher, 40 anos, referenciada à consulta de Medicina Obstétrica para avaliação pré-concecional. História de hipertensão arterial (HTA), LES com nefrite lúpica e uma gravidez não planeada com parto pré-termo induzido por flare lúpico. Encontrava-se em remissão clínica, com função renal estável, anticorpos ds-DNA persistentemente positivos e perfil de anticorpos antifosfolipídicos (aPL) triplo positivo. Medicada com hidroxicloroquina, micofenolato mofetil (MMF), prednisolona 5 mg/dia, ácido acetilsalicílico e enalapril. Foram discutidos em equipa os possíveis riscos maternos e fetais. Foi revista a terapêutica e alterado o MMF para azatioprina e o enalapril para nifedipina. Verificou-se aparecimento de fadiga, agravamento da função renal com proteinúria e subida de ds-DNA, mesmo com ajuste da imunossupressão. A destacar, HTA mal controlada. Perante a evolução e os múltiplos sinais de alarme, a doente, informada e capacitada, decidiu abandonar o projeto de gravidez e foram reinstituídos os cuidados prévios com melhoria.

Discussão: A gravidez em doentes com LES constitui um desafio. O caso é emblemático por reunir vários fatores de mau prognóstico, entre os quais a idade materna, as comorbilidades, a história obstétrica, a nefrite lúpica e os aPL. O perfil de risco deve ser individualizado e a terapêutica ajustada para ser segura na gravidez. É essencial o envolvimento da mulher e a discussão dos possíveis desfechos (ex. flare da doença, perda de função renal, complicações hipertensivas, parto pré-termo, etc.), que neste caso levou a reconsiderar a gravidez.

Conclusões: A avaliação pré-concecional é crucial no LES. Deve considerar fatores clínicos, laboratoriais e terapêutica. Uma abordagem multidisciplinar por uma equipa especializada permite uma decisão consciente e reduz o risco de desfechos adversos.

PO 17

STATUS PÓS-DIABETES (GESTACIONAL) – DADOS DO SEGUIMENTO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Margarida Santos Rocha[1]; Margarida M. Morais[2]; Maria João Gomes[3]; Carolina Ribau[1]; João Ramires[4]; Isabel Duarte Ferreira[1]

[1]UCSP 7 Rios - ACES Lisboa Norte; [2]USP Lisboa Central - ACES Lisboa Central; [3]USF Prof. Guilherme Jordão - ACES Lisboa Norte; [4]ACES Lisboa Norte

Introdução: Mulheres com diabetes gestacional (DG) apresentam risco superior ao da população geral para o desenvolvimento

de diabetes mellitus (DM). Está preconizada a realização de uma Prova de Tolerância à Glicose Oral para reclassificação (PTGOr) 6 a 8 semanas após o parto, coincidindo com a consulta de revisão do puerpério. A PTGOr é mais frequentemente realizada no âmbito da consulta hospitalar mas a maioria dos estudos a esse nível reporta adesão inferior a 50%. A evidência a nível dos cuidados de saúde primários é escassa.

Material e métodos: Através da MIM@UF, selecionámos a codificação W85 (Diabetes Gestacional) do ICPC-2 registada nas consultas da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados entre Janeiro de 2009 e Março de 2022. Recolhemos dados de PTGOr e avaliações analíticas (S. Clínico e Registo de Saúde Electrónico) posteriores (até Maio 2022). Procedeu-se à análise.

Resultados: Foram admitidas para estudo 69 mulheres com um total de 73 gravidezes. Destas, 24 apresentam dados de PTGOr em processo clínico (35%). 24 têm pedidos de avaliação da glicose em jejum pelo menos de 2/2 anos (35%). Apenas 13 mulheres (19%) têm seguimento adequado (dados/evidência de terem realizado PTGOr e análise de glicémia em jejum pelo menos de 2/2 anos) nesta unidade ou nas instituições às quais é possível aceder pelo RSE. Foram excluídas 6 utentes. Num total de 1265 utentes grávidas no período estudado, apenas 5.45% viram diagnosticada uma DG (vs 8.8% - prevalência estimada de DG em Portugal no ano de 2018). Das 69 mulheres admitidas, 45 (65%) não têm qualquer informação em processo clínico sobre a realização/resultado de PTGOr.

Discussão e conclusões: Se, por um lado, é subjectivamente reconhecida a desvalorização da consulta de revisão de puerpério por parte das utentes, também existe uma "perda" do seguimento, pela parte dos CSP, das utentes seguidas na especialidade por patologia na gravidez.

A não realização de análises de seguimento pode ser justificada por desinteresse/desconhecimento das utentes ou pelo seu distanciamento dos CSP.

Tratando-se de utentes com conhecido risco aumentado para o desenvolvimento de DM, faz sentido que o médico de família esteja continuamente envolvido e sejam tomadas robustas medidas para promoção de saúde e prevenção de doença.

PO 18

UM CASO SEVERO DE HIPEREMESE GRAVÍDICA

Joana Galvão; Margarida Neves da Silva; Mariana Leal; Joana Raquel Silva; Claudina Carvalho
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Náuseas e vómitos são comuns na gravidez precoce. Quando em excesso designam-se de hiperemese gravídica, podendo condicionar desequilíbrios hidroeletrolíticos.

Caso clínico: Primigesta de 15+2 semanas de gravidez, com 25 anos e antecedentes irrelevantes, recorreu múltiplas vezes à Urgência por náuseas e vómitos, tendo motivado o 3.º internamento em Obstetrícia por este motivo. À admissão, análises com transaminases significativamente aumentadas (16-28 vezes o limite superior do normal) em padrão de citocolestase, aumento do INR, hipertiroidismo, estudo imunológico e de hepatites infecciosas normal, e ecografia abdominal com litíase biliar. Teve melhoria clínica ligeira, mas em D2 desenvolveu alcalose metabólica com hipocaliemia severa (2,5 mEq), com prolongamento do intervalo QT. Iniciada reposição de potássio, vitamina K e metibasol, suspensa medicação prolongadora do intervalo QT (como ondasetron e metoclopramida), e grávida foi transferida para uma Unidade de Cuidados Intermédios para monitorização contínua. Clinicamente tinha tolerância a líquidos e inconstante a sólidos, mantendo vómitos. Após resolução da hipocaliemia,

houve normalização do eletrocardiograma. Foi transferida para enfermaria de Medicina, com melhoria clínica e analítica gradual. Em D10 teve franca melhoria sintomática, altura em que regressa a Obstetrícia, onde é constatada morte fetal às 16+5 semanas de gravidez. Fez protocolo médico de esvaziamento uterino. Alta clínica em D12, clinicamente bem. Posteriormente, em consulta externa, destaca-se normalização do perfil hepático e tiroideu (após suspensão terapêutica), colangiopancreatografia por ressonância magnética normal, e estudo de trombofilias negativo. A autópsia fetal foi inconclusiva.

Discussão: As alterações hepáticas e hidroeletrolíticas marcadas e o hipertiroidismo foram interpretados em contexto de hiperemese gravídica severa, apoiados pela regressão clínica e analítica após a morte fetal.

Conclusões: A hiperemese gravídica, nos seus casos mais extremos, pode condicionar desequilíbrios hidroeletrolíticos que põem em risco a vida da própria grávida. O trabalho multidisciplinar é essencial para o diagnóstico e terapêutica destas mulheres.

PO 19

HEPATITE AGUDA — FÍGADO GORDO

Joaquim Milheiro; Hugo Ventura; Inês Rento; Inês Almeida; Giovana Ennis; Hélia Mateus; Cristina Andrade; Adelino Carragoso
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A gravidez representa um momento de pouca segurança para o prestador de cuidados de saúde não diferenciado na população especial. A medicina interna, como especialidade integradora, pode contribuir para um diagnóstico atempado e assertivo, evitando procedimentos diagnósticos e terapêuticos supérfluos, permitindo assim melhorar o prognóstico da mulher e do feto.

Caso clínico: Primigesta de 26 anos, 36 semanas e 1 dia de gestação, antecedentes de diabetes e hipotiroidismo gestacionais, internada por alterações analíticas de hepatite aguda, assintomática. Negou consumo de produtos potencialmente hepatotóxicos, viagens recentes e conviventes com doença aguda. Analiticamente apresentou hiperbilirrubinémia, elevação das transaminases, relação proteínas/creatinina = 0,315, trombocitopenia (85 x10^9/L), hipoprotrombominemia de 49% e creatininémia de 1,8 mg/dL. O parto foi eutócico, induzido, tendo mantido sinais vitais normais, sem hipertensão arterial, mas com registo de temperatura subfebril. No período do pós-parto salienta-se PCR com cinética ascendente e procalcitonina 32,72 ng/mL. Após terapêutica antibiótica houve resolução do padrão analítico e resolução total da hepatopatia. O estudo infeccioso com serologia e culturas foi negativo, assim como o estudo auto-imune.

Discussão: Alterações do padrão analítico hepático após as 32 semanas de gestação configuram sinais de alerta. O síndrome HELLP relaciona-se com a pré-eclâmpsia, estando presente em até 12% dos casos, e é caraterizado por trombocitopenia, anemia hemolítica e disfunção hepática secundárias à disfunção endotelial microvascular. No presente caso, podemos notar alterações das provas hepáticas e lesão renal aguda. A evolução e a ausência de hipertensão arterial levaram-nos a desconsiderar HELLP como a entidade mais provável pela ausência de pré-eclâmpsia, que estaria traduzida na mesma patofisiologia e tendo sobreposição habitual com este diagnóstico. O diagnóstico de fígado gordo da gravidez surge na sequência da elevação dos marcadores de lesão hepática seguidos de sinais de insuficiência hepática transitórias, sendo a melhoria mais pronunciada após o parto.

PO 20

LESÃO RENAL AGUDA EM CONTEXTO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

Liliana Perpétuo; Mafalda Barros; Inês Costa Santos; Catarina Costa(1); Noemi Curzel; Isabel Santos; Paula Ferreira; Antónia Nazaré
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A principal causa de lesão renal aguda (LRA) na gravidez é a pré-eclâmpsia (PE). No entanto, na maioria das grávidas com PE não se verifica uma alteração significativa na taxa de filtração glomerular (TGF).

Caso clínico: Uma grávida de 31 anos com diagnóstico de hipertensão induzida pela gravidez foi internada às 20 semanas e 3 dias de gestação por pré-eclâmpsia e hipertensão de difícil controlo.

Durante o internamento verificou-se um agravamento progressivo da função renal com evolução da creatinina de 0,82 para 1,77. Os restantes valores analíticos mantiveram-se estáveis, incluindo a contagem de plaquetas e função hepática. A grávida permaneceu sempre assintomática.

Foi solicitada avaliação pela nefrologia. Foram excluídos marcadores imunológicos de doenças renais com síndrome nefrótico (anticorpo anti-dsDNA, fator reumatoide, ANAs e ANCAs negativos, serologias negativas e sem consumo do complemento). A ecografia renal não revelou alterações.

Assim, foi considerado que a LRA seria enquadrável no contexto de PE.

Às 23 semanas e 3 dias de gestação foi realizada cesariana devido à deterioração da função renal que condicionava acidose tubular renal tipo IV.

A puérpera permaneceu 4 dias na Unidade de Cuidados Intensivos. Teve alta 11 dias após o parto com uma creatinina de 0,96.

Discussão: Os rins encontram-se entre os principais o´rga~os afetados na PE. As manifestações podem incluir desde ligeira elevação da creatinina até LRA.

A LRA no contexto de PE geralmente acompanha-se de outras alterações analíticas acentuadas ou sintomatologia significativa.

Neste caso verificou-se uma PE numa fase precoce da gravidez com evolução rápida da lesão renal, impondo-se a necessidade de interromper a gravidez, não havendo outros parâmetros analíticos com alteração acentuada.

Conclusões: É possível a ocorrência de deterioração isolada e significativa da função renal na PE. Após o parto ocorre normalização progressiva da função renal.

PO 21

ENXAQUECA OU ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – UM CASO DESAFIANTE DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA GRÁVIDA

Sara Sereno; Sofia Pedrosa de Moura; Susana Saraiva; Cátia Rasteiro; Luís Fontão; Augusta Pinto
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A gravidez e puerpério constituem períodos de risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC). A literatura existente aponta para a possibilidade de um risco aumentado de AVC associado à história de enxaqueca, mas esta relação não está bem estabelecida na gravidez. Particularmente nesses casos, o diagnóstico diferencial é desafiante.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma mulher de 31 anos, G1P0, com antecedentes de enxaqueca, sem aura. Às 20 semanas de gestação, recorreu ao serviço de urgência por cefaleias e diminuição da força dos membros esquerdos. O exame neurológico não revelou défices significativos e, perante possibilidade de Via Verde AVC, realizou TC-CE e angio-TC dos vasos do pescoço e cerebrais que se revelaram sem alterações. Por persistência das queixas realizou RM encefálica, que revelou enfarte talâmico e temporo-occipital à

direita. Fez investigação etiológica extensa do AVC que não mostrou alterações significativas neste contexto. Perante a etiologia indeterminada do AVC, foi decidido manter enoxaparina 1mg/kg 12/12h durante a gravidez. Teve parto por cesariana às 39 semanas, após tentativa frustre de parto auxiliado por ventosa. Foi mantida hipocoagulação em dose terapêutica. Neste momento, cerca de 5 meses após o parto, a doente apresenta-se sem défices sequelares, com planeada suspensão de anticogaulação e repetição do estudo das trombofilias.

Discussão e conclusões: A doença cerebrovascular na gravidez apesar de rara representa um desafio, com necessidade de apoio multidisciplinar. Embora a TC-CE seja o exame de imagem de primeira linha, a RM-CE deve ser muito considerada neste grupo. A deteção da etiologia, o equilíbrio entre o risco hemorrágico e trombótico e a complexidade do parto condicionam a melhor estratégia na abordagem terapêutica após um AVC na grávida.

PO 22

TROMBOCITOPENIA NA GRAVIDEZ: DESAFIO NO DIAGNÓSTICO

Ana Domingos; Filipa Maia; Ana Oliveira; Olga Alves
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A trombocitopenia gestacional ocorre em 5 a 10% das gestações. A avaliação e tratamento continua a ser desafiante, dadas as diferentes causas potenciais. As opções de gestão para prevenir complicações graves, afetam a mãe e o feto, podendo envolver decisões urgentes sobre o parto.

Caso clínico: AB, 43 anos, seguida em consulta pela idade materna, Doença de Chron e Hipotiroidismo. Diabetes gestacional na gravidez anterior e parto por cesariana por incompatibilidade feto-pélvica.

Na gravidez atual, diagnóstico de diabetes gestacional no 2º Trimestre. Às 32 semanas, apresentou, trombocitopenia de 90000 U/L, de novo. Valores de tensão arterial *borderline* nas consultas, assintomática. Restante controlo analítico para despiste de Pré-eclâmpsia, sem alterações.

Após discussão com hematologia, protelou-se início de corticoterapia, pela estabilidade de valores (112000 U/L) e dificuldade no controlo das glicémias, apesar da metformina. Agravamento da trombocitopenia às 37 semanas (95000 U/L), sendo realizado ciclo de corticoterapia.

Parto por cesariana eletiva às 38 semanas, por suspeita de macrossomia fetal (recém-nascido com 4670g), nesse dia apresentava plaquetas a 118000 U/L. Parto decorreu sem intercorrências.

Resolução do quadro às 7 semanas de puerpério (plaquetas 201000 U/L).

Discussão: Quando surge trombocitopenia na gravidez é necessário efetuar investigação etiológica, dada a possível associação com patologia hipertensiva da gravidez.

O tratamento mais utilizado continua a ser a corticoterapia, sendo decisivo o equilíbrio risco/benefício e o momento ideal para a sua realização.

Dada a resolução espontânea do quadro, assumiu-se uma trombocitopenia gestacional, como diagnóstico mais provável.

Conclusões: A existência de comorbilidades dificulta a chegada a uma causa definitiva para a trombocitopenia, surgindo maioritariamente após o parto, tornando a conduta desafiante. A coordenação entre hematologista, internista e obstetra é imprescindível, garantindo a melhor gestão da gravidez e planeamento do parto.

PO 23

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL: LOMBALGIA, A REALIDADE DE UM ESTADO DE "GRAÇA"

Ana Domingos; Mariana Solinho; Adelaide Paulos; Olga Alves
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A lombalgia é uma das queixas mais frequentes na gravidez, de causa muitas vezes multifatorial. Embora na maioria dos casos não esteja associada a patologia, raramente pode indicar a presença de condições graves. Pode agravar com a progressão da gravidez e comumente resolve no puerpério, tornando-se desafiante diferenciar a dor relacionada com a gravidez de outras patologias.

Caso clínico: CC, primigesta, 39 semanas, sem antecedentes relevantes, apresentava quadro de lombalgia com 2 meses de evolução; com incapacidade funcional, (necessidade de canadianas). Analgesia com paracetamol, ineficaz. Observada pela equipa de Ortopedia, que assumiu inflamação lombo-sagrada, ropondo internamento para escalada terapêutica. Não apresentou melhoria dos sintomas. Às 40 semanas iniciou indução de trabalho de parto, ocorrendo parto por cesariana, devido a distocia mecânica.

No puerpério apresentou melhoria da dor, mas por agravamento motor, diminuição da sensibilidade e hiperreflexia, foi observada pela Neurologia, sugerindo lesão em D10-D12, predomínio direito. Realizou Ressonância Magnética ao 12º dia de puerpério, sem alterações. No momento da alta conseguia deambular, sem dor ou necessidade de canadianas.

Discussão: A lombalgia agrava no 3º Trimestre e, dependendo do nível de dor, pode gerar incapacidade motora severa. Se os sintomas forem graves ou estiverem associados a comprometimento neurológico, recomenda-se avaliação adicional. Contudo, o mais frequente, é ser uma alteração transitória, como no caso descrito, que apesar dos sinais de alerta, se revelou apenas temporária.

Conclusões: As mudanças físicas mais significativas da gravidez ocorrem na região abdominopélvica, não sendo inesperado que a coluna lombar seja das regiões mais afetadas. É importante estar atento, reconhecendo os sinais de alerta, porque algumas condições raras podem ter consequências duradouras e debilitantes.

A estreita coordenação entre especialidades é fundamental para segurança na tomada de decisões e garantia da tranquilidade da utente.

PO 24

DOENÇA RENAL CRÓNICA, GRAVIDEZ E DIÁLISE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Nunes Martins; Teresa Cunha; Mariana Panaro; Paula Tapadinhas
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: Na gravidez a taxa de filtração glomerular aumenta quase 50%. Esta adaptação é inadequada na doença renal crónica (DRC), associando-se a um pior prognóstico materno-fetal(MF), com progressão da doença renal, restrição de crescimento fetal e parto pré-termo.

Caso clínico: Grávida de 10 semanas, com hipertensão arterial de novo, colúria e perda ponderal. Análises à admissão: Hemoglobina 6.1 g/dL, Creatinina 7.6mg/dL, Ureia 204mg/dL, hematúria, cilindros granulosos, proteinúria nefrótica (rácio P/C 6.27g/g). Internada por lesão renal não oligúrica com hematoproteinúria(HP). Fez indução dialítica, hipotensores e concentrado eritrocitário (UCE). Excluídas etiologias obstrutiva e infeciosa. Na imunologia destaca-se consumo de C3, anticorpo antinuclear com título de 1/320, anticoagulante lúpico *borderline*, sem gamapatia monoclonal, serologias hepatite B e C e HIV negativas. Não foi realizada biópsia renal. Antecedente a salientar: episódios de colúria

na infância interpretados como infeções urinárias; HP registada desde 2017. Assume-se por hiperparatiroidismo secundário, anemia e atrofia renal bilateral, DRC por glomerulonefrite de etiologia a esclarecer. No internamento a salientar: necessidade de suporte transfusional e tratamento com darbepoetina; trombocitopenia associada a heparina. Iniciou ácido-acetil-salicílico(AAS) para prevenção de pré-eclampsia. Atualmente dependente de hemodiálise(HD), sob terapêutica hipotensora e suplemento de fósforo e magnésio.

Discussão: A biópsia renal na gravidez é recomendada apenas se alterar a abordagem terapêutica. No prognostico MF, evidência recente correlaciona o maior número de horas de HD e valores de ureia sérica pré-dialitica < 35mg/dL.

Conclusão: A gestão da grávida em HD é um desafio multidisciplinar, adaptando os cuidados nefrológicos e obstétricos caso a caso. De salientar como fatores modificadores de prognóstico, o ajuste da diálise segundo o valor sérico de ureia e a administração de AAS.

PO 25

TUBERCULOSE PLEURAL NA GRAVIDEZ: UM DESAFIO – RELATO DE CASO

Ana Rubim Correia; Tiago Oliveira; Juliana Lopes; António Braga; Inês Gil Santos; Sara Xavier Pires
Centro Hospitalar Uni. Porto

Introdução: O derrame pleural na gravidez pode apresentar etiologia semelhante à população em geral, nomeadamente, infeciosa, neoplásica ou inflamatória, ou ser devido a condições específicas da população grávida.

Caso clínico: Grávida de 18 anos, etnia cigana. Gestação de 11 semanas e 4 dias, vigilância pré-natal sem alterações. História de abortamento prévio e dilatação pielocalicial. Internada por pielonefrite aguda (K.pneumoniae). Solicitada avaliação urgente, ao 8ºdia de internamento, por manutenção de febre, apesar de sensibilidade in vitro á terapêutica antibiótica instituída. De referir, tosse seca e dor torácica pleurítica esquerda de início agudo. Diminuição de sons pulmonares no hemitórax esquerdo, sem insuficiência respiratória. Analiticamente, proteína C reativa 136,65 mg/L. Sedimento urinário e urocultura sem alterações. Ecografia renovesical a excluir complicações renais. Radiografia torácica com opacidade em toalha no hemitórax esquerdo, sugestiva de derrame pleural de grande volume. Toracocentese diagnóstica com líquido pleural com critérios bioquímicos de exsudado e predomínio de mononucleares; elevação significativa de adenosina deaminase (123.8 U/L). Serologia de vírus da imunodeficiência humana negativa. Micobacteriológico, anatomia patológica do líquido pleural e exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos de secreções respiratórias permaneceram em curso.

Discussão: Assumida TB pleural de presunção. Internada sob isolamento de via aérea e pressão negativa. Iniciado tratamento (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol e Piridoxina), tendo em conta a elevada suspeita, risco de outcomes materno-fetais adversos e seguranc¸a de antibacilares na gravidez. Evoluiu favoravelmente, o que possibilitou alta hospitalar e orientação para centro de diagnóstico pneumológico.

Conclusões: O elevado índice de suspeição, início de tratamento precoce e uma abordagem multidisciplinar são fundamentais na abordagem da TB pleural na grávida.

ORGANIZAÇÃO

SPMI NEMO NÚCLEO DE ESTUDOS DE MEDICINA OBSTÉTRICA

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

PRESIDENTE DAS JORNADAS
Pedro Correia Azevedo

SECRETÁRIA-GERAL DAS JORNADAS
Inês Palma dos Reis

COMISSÃO ORGANIZADORA
Ana Oliveira
Anna Taulaigo
Filipa Lourenço
Inês Felizardo
Sofia Mateus

COMISSÃO CIENTÍFICA
Presidente Augusta Borges

Lèlita Santos
José Guia
Alice Sousa
Catarina Conceição
Natália Marto
Úrsula Segura
Carla Noronha
Adelino Carragoso

PATROCÍNIO CIENTÍFICO

Ordem dos Médicos

APOIO CIENTÍFICO

Infarmed Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

NOVA MEDICAL SCHOOL

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

SPONSORS

ITALFARMACO

LEO

NIPPON GASES Healthcare

Roche

APOIO

LISBOA CÂMARA MUNICIPAL

SECRETARIADO

admédic+
paula.cordeiro@admedic.pt