

6^a REUNIÃO

Núcleo de Estudos
de Prevenção
e Risco Vascular

CURSO PRÉ-REUNIÃO
OBESIDADE
06 de dezembro 2024

07 de dezembro 2024

Hotel MH Atlântico
Peniche

PROGRAMA



CURSO PRÉ-REUNIÃO | **Obesidade**

Boas-vindas e Introdução ao Curso

O conhecimento sobre a obesidade, as suas causas e as suas consequências evoluiu muito nos últimos anos. Não obstante, o tratamento da doença mantém-se focado nas suas consequências e não nas suas causas. E, quando ocorre a montante, continua a predominar uma abordagem simplista, pontual e de ónus exclusivo sobre o doente e o seu estilo de vida, ignorando os vastos fatores que aumentam o risco de obesidade.

O tratamento eficaz da obesidade implica uma resposta transversal, holística e multidisciplinar, que possa responder a diferentes causas e prevenir o desenvolvimento de complicações associadas. Dada a natureza crónica e recidivante da obesidade, as estratégias personalizadas e continuadas ao longo da vida – apoiadas na melhor evidência científica e na inovação tecnológica são ferramentas úteis para combater esta verdadeira epidemia do século XXI.

Este Curso de Obesidade foi construído para dar resposta à necessidade de mudança do paradigma na abordagem da obesidade e espera ir de encontro às necessidades dos Colegas.

Paula Freitas
Coordenadora do curso

CURSO PRÉ-REUNIÃO | **Obesidade**

06 de dezembro | **Sexta-feira**

Moderadoras: Paula Freitas e Isabel Fonseca

14.00-14:30h | **Definição, epidemiologia, etiologia da obesidade e fisiologia da regulação ponderal**

Paula Freitas

14.30-15:00h | **Como avaliar o doente na prática clínica: Do diagnóstico ao estadiamento**

Paula Freitas

15.00-15:30h | **Tratamento: Entrevista motivacional e abordagem comportamental e estigma da obesidade – Breves noções**

Eva Conceição

15.30-16:00h | **Tratamento: Aconselhamento nutricional**

Carla Pedrosa

16:00-16:30h | Coffee break

16:30-17:00h | **Tratamento: Aconselhamento de actividade física**

Sandra Martins

17.30-18:00h | **Tratamento médico da obesidade**

Paula Freitas

18.00-18:30h | **Tratamento cirúrgico da obesidade**

John Preto

Teste de escolha múltipla

18:30h | **Reunião NEPRV**

07 de dezembro | **Sábado**

09:00h Abertura do Secretariado

09:45-10:00h **Sessão de Abertura**
Patrícia Vasconcelos, Vitória Cunha e Diana Fernandes

10:00-10:30h **SESSÃO 1 Hot Topics Acidente Vascular Cerebral**
Moderadora: Ana Paiva Nunes
Palestrante: Marta Lopes
Comissão Organizadora: Ana Tornada

10:30-11:00h **SESSÃO 2 Hot Topics Cardiopatia Isquémica**
Moderador: Pedro von Hafe
Palestrante: Cristina Gavina
Comissão Organizadora: Rui Valente

11:00-11:30h **SESSÃO 3 Hot Topics Diabetes Mellitus**
Moderadora: Fátima Pinto
Palestrante: Rita Nortadas
Comissão Organizadora: Joana Paulo

11:30-12:00h **Coffee break e Apresentação de Posters | PO 01 – PO 08**
Moderadores: Patrícia Mendes e Rodrigo Leão

12:00-12:30h **SESSÃO 4 Hot Topics Dislipidémia**
Moderador: Francisco Araújo
Palestrante: José Pereira de Moura
Comissão Organizadora: Rodrigo Leão

12:30-13:00h **SESSÃO 5 Hot Topics Fibrilhação Auricular**
Moderador: Nuno Bragança
Palestrante: António Ferreira
Comissão Organizadora: Rogério Ferreira

13:00-13:30h | **SESSÃO 6 Hot Topics Hipertensão Arterial**

Moderador: Fernando Martos Gonçalves

Palestrante: Francisca Abecasis

Comissão Organizadora: Francisco Nóvoa

13:30-14:40h | Almoço

14:40-15:00h | **CORTA SABOR PÓS PRANDIAL Inteligência Artificial para Médicos**

Palestrante: Daniel Ferreira

15:00-15:30h | **SESSÃO 7 Hot Topics Insuficiência Cardíaca**

Moderador: Pedro Moraes Sarmento

Palestrante: Inês Fialho

Comissão Organizadora: Daniela Madeira

15:30-16:00h | **SESSÃO 8 Hot Topics Tromboembolismo Venoso**

Moderadora: Melanie Ferreira

Palestrante: José Meirelles

Comissão Organizadora: Patrícia Mendes

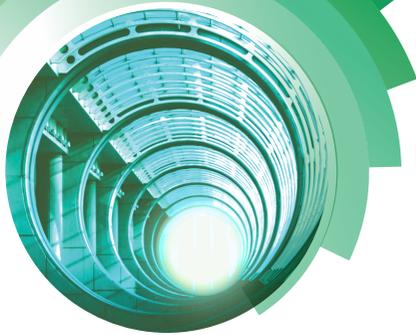
16:00-16:30h | **Coffee break e Apresentação de Posters | PO 09 – PO 16**

Moderadores: Daniela Madeira e Rogério Ferreira

16:30-17:30h | **Apresentação dos Melhores Posters**

Moderadores: Rui Valente e Vitória Cunha

17:30h | **Encerramento da Reunião**



HOT TOPICS

RISCO VASCULAR 2024

HOT TOPICS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Moderadora: Ana Paiva Nunes

Palestrante: Marta Lopes

Comissão Organizadora: Ana Tornada

TASTE TRIAL – TROMBÓLISE COM TENECTEPLASE VS ALTEPLASE: CAPÍTULO ENCERRADO?

O TASTE trial foi um estudo abrangente, com a inclusão de 35 centros em 8 países, que revelou não inferioridade da utilização da tenecteplase (0.25 mg/Kg em bólus) em comparação com a alteplase (0.90 mg/kg dividido em bolus inicial de 0.09 mg/kg seguido de perfusão de 0.81 mg/kg numa hora), nos doentes com AVC isquémico que se apresentaram até às 4.5 horas após a instalação dos sintomas ou após terem sido vistos bem pela última vez. Como critério para inclusão tinham que ser elegíveis para trombólise endovenosa e terem evidência de tecido cerebral “salvável” na neuroimagem.

Este foi o único ensaio de fase III com tenecteplase que mostrou que a utilização de imagem de perfusão permite seleccionar participantes que tinham efectivamente AVC isquémico, excluindo com maior grau de certeza os “stroke mimics”.

Os resultados do estudo TASTE levaram à actualização da metanálise dos estudos com tenecteplase vs alteplase, que revelou não só não inferioridade da tenecteplase, mas antes uma significativa superioridade em comparação com a alteplase, sobretudo na avaliação da incapacidade através da escala de Rankin modificada aos 3 meses após o evento.

A recuperação completa ocorreu em 59% dos doentes tratados com tenecteplase vs 54% com alteplase, representando em termos práticos que em cada 25 doentes tratados com tenecteplase, existe pelo menos mais um doente com recuperação completa dos defeitos neurológicos em comparação com o mesmo número de doentes tratados com alteplase.

Uma vantagem adicional revelada neste ensaio clínico relativamente à utilização do bolus de tenecteplase vs o bolus+infusão de alteplase durante 1 hora, foi o início mais precoce do tratamento no primeiro grupo, representando uma poupança de 7 minutos em média para o início do tratamento com a tenecteplase em comparação com a alteplase. Especula-se, por isto, que este poderá vir a ser o fármaco a utilizar na trombólise iniciada ainda em meio pré-hospitalar. No estudo TASTE, tal como no ORIGINAL, foi demonstrado benefício da trombólise nas primeiras 4.5 horas após a instalação de defeito neurológico. Já no TRACE III, ao contrário do TIMELESS, apresentados também este ano, foi demonstrado benefício, em termos de recuperação funcional, quando a tenecteplase foi administrada para além das primeiras 4.5 horas, uma janela de oportunidade para os doentes que se apresentam tardiamente (janela de 4.5h a 24 horas). Perante os resultados satisfatórios com a tenecteplase, prevê-se que surgirão novas recomendações clínicas para o tratamento trombolítico da fase aguda do AVC isquémico. Poderá o capítulo da alteplase encerrar? Ao virar da página, eis que se antecipa a nova era da tenecteplase.

TROMBÓLISE NOS DOENTES ANTICOAGULADOS E ANTICOAGULAÇÃO NA TROMBÓLISE – NOVAS EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA E SEGURANÇA?

Nos doentes com Fibrilhação Auricular (FA), sob prevenção primária com DOACs (anticoagulante oral directo), a ocorrência de um AVC isquémico constitui na generalidade dos casos uma angústia em termos da terapêutica a disponibilizar ao doente, que possa melhorar os resultados funcionais. O risco de surgir uma transformação hemorrágica agiganta-se e, tal como recomendado nas *guidelines* Europeias e Americanas, não se preconiza a terapêutica trombolítica nos doentes hipocoagulados.

Os doentes hipocoagulados representam um número significativo dos que têm AVC isquémico (cerca de 13%), e aproximadamente 28% dos doentes hipocoagulados poderiam ser elegíveis à trombólise na fase aguda do AVC isquémico, dentro da janela temporal das primeiras 4.5 horas após instalação do defeito neurológico.

Os autores desta revisão propuseram-se a mostrar evidências da segurança e eficácia da trombólise nos doentes hipocoagulados que se apresentaram na fase aguda do AVC isquémico (primeiras 4.5h). No entanto, a evidência, até à data, baseia-se em publicações de séries de casos com amostras pequenas, sem randomização ou controlo, na maioria das situações referem-se à utilização de trombólise em casos onde não havia a informação, à partida, de que o doente estava anticoagulado, ou seja, estudos retrospectivos. O estudo maior que foi mencionado (Tsai et al, JAMA 2023) incluiu uma coorte de Taiwan, com 251 doentes previamente sob DOAC (0.6%), em comparação com 1500 doentes sob varfarina (3.5%) e 41136 doentes não hipocoagulados, que foram submetidos a trombólise. Os doentes pré-tratados com DOAC não apresentaram maior risco de hemorragia intracraniana sintomática, hemorragia sistêmica grave ou ameaçadora da vida, complicações da trombólise, mortalidade intra-hospitalar, alteração do destino pós-alta, ou *outcomes* funcionais piores em comparação com os doentes não anticoagulados, mesmo após ajustamento para as diversas variáveis clínicas de base (idade, factores de risco cardiovasculares, gravidade do AVC). Em comparação com o grupo da varfarina, os resultados foram significativamente favoráveis aos doentes com DOAC submetidos a trombólise. Na realidade, verificou-se até uma diferença nominal não significativa na taxa de transformações hemorrágicas nos doentes pré-tratados com DOAC, e uma redução significativa da mortalidade intra-hospitalar em comparação com os doentes previamente não hipocoagulados.

Relativamente à utilização de DOAC durante, ou imediatamente após, a trombólise nas primeiras 4.5h do AVC isquémico, não se revelou vantajosa. A questão seguinte, respondida pelos autores, foi relativamente à altura ideal para retomar ou iniciar DOAC após AVC isquémico submetido a trombólise. O receio da transformação hemorrágica é contraposto pelo receio do AVC recorrente. O recente estudo ELAN, apesar de apresentar algumas limitações, revelou que a estratégia de “início precoce” (<48 horas) do tratamento com DOAC após trombólise no AVC isquémico agudo, se traduziu em melhores resultados do que o início tardio (3-4 dias), pelo menos do ponto de vista de redução imagiológica da área de isquémia, embora sem análise da sua implicação funcional e clínica.

Neste artigo, os autores avançam ainda com uma explicação dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes aos potenciais benefícios dos DOAC neste contexto, atribuídos aos mecanismos de citoprotecção, redução do dano neuronal e preservação da função da barreira hemato-encefálica. Apesar dos resultados dos estudos observacionais revelarem um potencial benefício e segurança da utilização da trombólise em doentes sob DOAC e a retoma precoce destes fármacos após o tratamento trombolítico, é essencial explorar este benefício através de ensaios clínicos aleatorizados e prospectivos. Colocam-se, por isso, grandes expectativas no ensaio DO-IT que irá testar a combinação de DOAC + trombólise na redução de hemorragia após AVC isquémico agudo.

Moderador: Pedro von Hafe

Palestrante: Cristina Gavina

Comissão Organizadora: Rui Valente

KUNADIAN, VIJAY, ET AL. "INVASIVE TREATMENT STRATEGY FOR OLDER PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION." *NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE* 391.18 (2024): 1673-1684

Background: *Whether a conservative strategy of medical therapy alone or a strategy of medical therapy plus invasive treatment is more beneficial in older adults with non–ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) remains unclear.*

Methods: *We conducted a prospective, multicenter, randomized trial involving patients 75 years of age or older with NSTEMI at 48 sites in the United Kingdom. The patients were assigned in a 1:1 ratio to a conservative strategy of the best available medical therapy or an invasive strategy of coronary angiography and revascularization plus the best available medical therapy. Patients who were frail or had a high burden of coexisting conditions were eligible. The primary outcome was a composite of death from cardiovascular causes (cardiovascular death) or nonfatal myocardial infarction assessed in a time-to-event analysis.*

Results: *A total of 1518 patients underwent randomization; 753 patients were assigned to the invasive-strategy group and 765 to the conservative-strategy group. The mean age of the patients was 82 years, 45% were women, and 32% were frail. A primary-outcome event occurred in 193 patients (25.6%) in the invasive-strategy group and 201 patients (26.3%) in the conservative-strategy group (hazard ratio, 0.94; 95% confidence interval [CI], 0.77 to 1.14; $P=0.53$) over a median follow-up of 4.1 years. Cardiovascular death occurred in 15.8% of the patients in the invasive-strategy group and 14.2% of the patients in the conservative-strategy group (hazard ratio, 1.11; 95% CI, 0.86 to 1.44). Nonfatal myocardial infarction occurred in 11.7% in the invasive-strategy group and 15.0% in the conservative-strategy group (hazard ratio, 0.75; 95% CI, 0.57 to 0.99). Procedural complications occurred in less than 1% of the patients.*

Conclusions: *In older adults with NSTEMI, an invasive strategy did not result in a significantly lower risk of cardiovascular death or nonfatal myocardial infarction (the composite primary outcome) than a conservative strategy over a median follow-up of 4.1 years. (Funded by the British Heart Foundation; BHF SENIOR-RITA ISRCTN Registry number, ISRCTN11343602.)*

O estudo SENIOR-RITA tem por base uma população muitas vezes excluída dos grandes estudos de abordagem dos doentes com síndromes coronárias agudas, idosos frágeis e com multimorbilidades, e para a qual não existem recomendações específicas. O estudo tem por base uma meta-análise do mesmo grupo de investigadores na qual se concluiu que o grupo de intervenção não apresentou menor mortalidade cardiovascular no período de follow-up mas mostrou uma redução de eventos coronários no grupo de intervenção. Uma questão a ser levantada é se, nesta população, o endpoint primário de mortalidade cardiovascular é o objetivo primordial, uma vez que internamentos subsequentes, em contexto de eventos coronários agudos, pode contribuir para um agravamento significativo da qualidade de vida. Outro dado importante que sai deste estudo é o reduzido número de complicações no grupo de intervenção, que, muitas vezes, é o receio nesta população específica. Em resumo, apesar de não existir um benefício na mortalidade na intervenção coronárias nesta população com enfartes sem supradesnivelamento de ST, deve ser considerado o benefício da redução de eventos cardiovasculares numa população de maior fragilidade.

KANG, DO-YOON, ET AL. "ASPIRIN MONOTHERAPY VS NO ANTIPLATELET THERAPY IN STABLE PATIENTS WITH CORONARY STENTS UNDERGOING LOW-TO-INTERMEDIATE RISK NONCARDIAC SURGERY." JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY (2024)

Background: Current guidelines recommend the perioperative continuation of aspirin in patients with coronary drug-eluting stents (DES) undergoing noncardiac surgery. However, supporting evidence is limited.

Objectives: This study aimed to compare continuing aspirin monotherapy vs temporarily holding all antiplatelet therapy before noncardiac surgery in patients with previous DES implantation.

Methods: We randomly assigned patients who had received a DES >1 year previously and were undergoing elective noncardiac surgery either to continue aspirin or to discontinue all antiplatelet agents 5 days before noncardiac surgery. Antiplatelet therapy was recommended to be resumed no later than 48 hours after surgery, unless contraindicated. The primary outcome was a composite of death from any cause, myocardial infarction, stent thrombosis, or stroke between 5 days before and 30 days after noncardiac surgery.

Results A total of 1,010 patients underwent randomization. Among 926 patients in the modified intention-to-treat population (462 patients in aspirin monotherapy group and 464 patients in the no-antiplatelet therapy group), the primary composite outcome occurred in 3 patients (0.6%) in the aspirin monotherapy group and 4 patients (0.9%) in the no antiplatelet group (difference, 0.2 percentage points; 95% CI: 1.3 to 0.9; $P > 0.99$). There was no stent thrombosis in either group. The incidence of major bleeding did not differ significantly between groups (6.5% vs 5.2%; $P = 0.39$), whereas minor bleeding was significantly more frequent in the aspirin group (14.9% vs 10.1%; $P = 0.027$).

Conclusions: Among patients undergoing low-to-intermediate risk noncardiac surgery >1 year after stent implantation primarily with a DES, in the setting of lower-than expected event rates, we failed to identify a significant difference between perioperative aspirin monotherapy and no antiplatelet therapy with respect to ischemic outcomes or major bleeding. (Perioperative Antiplatelet Therapy in Patients With Drug-eluting Stent Undergoing Noncardiac Surgery [AS-SURE-DES]).

Comentário: As *guidelines* atualmente recomendam adiar cirurgias eletivas até 6 a 12 meses após colocação de stents coronários (timing de dupla antiagregação). Após esse período está recomendado manter a antiagregação no período peri-operatório. Estas recomendações são baseadas em estudos observacionais que demonstraram aumento da trombose de stent peri-operatória em doentes que suspenderam a aspirina. Por outro lado, outros estudos mostram uma redução de eventos coronários peri-operatórios nos doentes que mantêm aspirina. No entanto, existem também estudos que não mostraram diferença nos eventos coronários em doentes que mantêm ou não a aspirina. Assim, os autores realizaram um estudo randomizado com doentes com stent coronário colocado há mais de um ano candidatos a cirurgia eletiva não cardíaca. Foram comparados doentes em que foi suspensa a aspirina 5 dias antes da cirurgia e que mantiveram a terapêutica. O número de eventos foi muito reduzido, com o endpoint primário a ocorrer em apenas 7 casos no conjunto dos dois grupos, com perda de poder estatístico neste contexto. Ainda assim, o estudo não encontrou diferenças entre grupos no que toca a eventos coronários. Também não se verificou um aumento de hemorragia major no grupo sob aspirina, apenas de hemorragia minor. Apesar das limitações, o estudo veio colocar em causa a necessidade de manter a aspirina no período pré-operatório em doentes com colocação de stent há mais de um ano, principalmente com stents de gerações mais recentes.

CHRISTIAAN VRINTS ET AL, 2024 ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC CORONARY SYNDROMES: DEVELOPED BY THE TASK FORCE FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC CORONARY SYNDROMES OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC) ENDORSED BY THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR CARDIO-THORACIC SURGERY (EACTS), EUROPEAN HEART JOURNAL, 2024; EHA177

Comentário: No último Congresso da Sociedade Europeia de Cardiologia foram apresentadas novas *guidelines* para abordagem dos doentes com síndrome coronário crónico (SCC). As novas orientações destacam uma nova definição de síndromes coronárias crónicas com uma abordagem diagnóstica e terapêutica por passos, com foco na história e na estratificação de risco assente numa avaliação diagnóstica adequada da doença coronária e considerando os fatores de risco e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Para além disso, enfatizam a importância da Heart Team, bem como da abordagem centrada no doente.

Desta forma, apresentamos os pontos-chave a reter destas novas orientações:

1. O termo síndrome coronário crónico (SCC) descreve as apresentações clínicas da doença arterial coronária (DAC) durante períodos estáveis, particularmente aqueles que precedem ou se seguem a um síndrome coronário agudo (SCA). Os autores salientam que os sintomas de isquemia do miocárdio devido a DAC aterosclerótica obstrutiva se sobrepõem aos da doença microvascular coronária ou a vasoespasmos. A caracterização dos endotipos é, assim, importante para orientar a terapêutica médica adequada para doentes com angina com artérias coronárias não obstrutivas (ANOCA)/isquémia com artérias coronárias não obstrutivas (INOCA).
2. A gestão de indivíduos com suspeita de SCC envolve quatro passos:
 - c. Passo 1: consiste numa avaliação clínica geral que se centra na avaliação dos sintomas e sinais de SCC, diferenciando causas não cardíacas de dor torácica. Esta avaliação clínica inicial requer a realização de um eletrocardiograma em repouso de 12 derivações, análises sanguíneas básicas e, em indivíduos selecionados, radiografia torácica e provas de função pulmonar.
 - d. Passo 2: recomenda-se a realização de exames cardíacos adicionais, incluindo ecocardiografia em repouso para excluir disfunção do ventrículo esquerdo (VE) e doença cardíaca valvular. Depois disso, recomenda-se a estimativa da probabilidade clínica de DAC obstrutiva para orientar a realização de exames adicionais não invasivos e invasivos.
 - e. Passo 3: Esta fase compreende a realização de exames de diagnóstico para estabelecer o diagnóstico de SCC e determinar o risco de eventos futuros do doente.
 - f. Passo 4: Inclui a modificação do estilo de vida e dos fatores de risco combinada com medicamentos modificadores da doença. É frequentemente necessária uma combinação de medicamentos anti-anginosos e a revascularização coronária é considerada se os sintomas forem refratários ao tratamento médico ou se houver DAC de alto risco. Se os sintomas persistirem após a exclusão de DAC obstrutiva, deve ser considerada a doença microvascular coronária e o vasoespasmos.
3. A inclusão de fatores de risco nos modelos clássicos de probabilidade pré-teste de DAC aterosclerótica obstrutiva melhora a identificação de doentes com probabilidade pré-teste muito baixa ($\leq 5\%$) de DAC obstrutiva, nos quais se deve considerar protelar a realização de exames de diagnóstico.
4. Na suspeita de SCC deve-se inicialmente considerar exames de diagnóstico não invasivos. A angiografia coronária por tomografia computadorizada (CCTA) é a preferida para excluir DAC obstrutiva e detetar DAC não obstrutiva. Em indivíduos com suspeita de SCC e probabilidade pré-teste baixa ou moderada ($> 5\% - 50\%$) de DAC obstrutiva, recomenda-se

a angioTC para diagnosticar DAC obstrutiva e para estimar o risco de MACE (classe IA). A ecocardiografia de esforço também é recomendada para diagnosticar isquemia miocárdica e estimar o risco de MACE (Classe IB) em doentes com probabilidade pré-teste moderada ou elevada (> 15% – 85%) de DAC obstrutiva. Quando dois ou mais segmentos miocárdicos contíguos não são visualizados, recomenda-se a utilização de agentes de contraste ecográfico intravenosos para melhorar a precisão diagnóstica – este último é recomendado para melhorar a precisão diagnóstica e refinar a estratificação de risco (classe IB). A tomografia por emissão de positrões (PET) é a preferida para as medições absolutas do fluxo sanguíneo miocárdico, mas os estudos de perfusão por ressonância magnética cardíaca podem oferecer uma alternativa (Classe IB).

5. A angiografia coronária invasiva é recomendada para diagnosticar a DAC obstrutiva em doentes com uma probabilidade muito elevada de doença pré ou pós-teste, sintomas graves refratários à terapêutica médica, angina com baixo nível de exercício e/ou alto risco de eventos. Quando está indicada, recomenda-se a avaliação da gravidade funcional das estenoses “intermédias” através de testes funcionais invasivos antes da revascularização. Também se encontra recomendada para confirmar ou excluir o diagnóstico de DAC obstrutiva ou ANOCA/INOCA em indivíduos com diagnóstico incerto em testes não invasivos (Classe B).
6. Um único fármaco antiplaquetário, a aspirina (Classe IA) ou o clopidogrel (Classe IA), é geralmente recomendado a longo prazo em doentes com SCC com DAC aterosclerótica obstrutiva. Para os doentes com SCC de alto risco trombótico, a terapêutica a longo prazo com dois fármacos antitrombóticos é razoável, desde que o risco hemorrágico não seja elevado. O tratamento hipolipemiente com um objetivo de LDL-C de 1,4 mmol/L (55 mg/dL) e uma redução > 50% do LDL-C em relação ao valor basal (Classe IA), enquanto o ácido bempedoico é recomendado em doentes intolerantes às estatinas (Classe IB). Uma alteração importante nas novas *guidelines* é a implementação dos inibidores da SGLT2 sendo recomendados em doentes com DM2 e SCC para reduzir os eventos cardiovasculares, independentemente da HbA1c basal ou alvo e independentemente da medicação hipoglicemiante concomitante (Classe IA).
7. Entre os doentes com SCC com função normal do VE e sem lesões significativas da coronária esquerda ou da descendente anterior esquerda proximal, as evidências atuais indicam que a revascularização miocárdica *versus* terapêutica médica otimizada não prolonga a sobrevida global. Nos doentes com SCC com FEVE ≤ 35%, recomenda-se a escolha entre revascularização ou terapêutica medicamentosa isolada, após avaliação criteriosa, preferencialmente pela Heart Team, da anatomia coronária, correlação entre doença arterial coronária e disfunção VE, comorbilidades, esperança de vida, relação risco-benefício e as perspectivas do doente (Classe IC). Os autores recomendam que os doentes com SCC e insuficiência cardíaca sejam inscritos num programa multidisciplinar de gestão da insuficiência cardíaca para reduzir o risco de hospitalização por insuficiência cardíaca e melhorar a sobrevida (Classe IA), enquanto o sacubitril/valsartan é recomendado como substituto de um IECA ou ARA (Classe IB).
8. Nos doentes com baixo risco cirúrgico e com estenose significativa do tronco da coronária esquerda, a revascularização cirúrgica é recomendada em vez da terapêutica médica isolada para melhorar a sobrevida (Classe IA) e é recomendada como o modo de revascularização geralmente preferido em relação à intervenção coronária percutânea, dado o menor risco de enfarte do miocárdio espontâneo e de revascularização repetida (Classe IA). De facto, entre os doentes com DAC complexa sem DAC esquerda, particularmente na presença de diabetes, que são clínica e anatomicamente adequados para ambas as moda-

- lidades de revascularização, a evidência atual indica uma maior sobrevivência global após cirurgia de revascularização do miocárdio do que com intervenção coronária percutânea.
9. Uma parte muito importante das novas *guidelines* é dedicada ao diagnóstico e tratamento de doentes com angina/isquemia com artérias coronárias não obstrutivas. Os autores realçam que devemos sempre ter em conta os ANOCA/INOCA e recomendam o tratamento da angina vasoespástica isolada com bloqueadores dos canais de cálcio para controlar os sintomas e prevenir a isquemia e complicações potencialmente fatais (Classe IA).
 10. A modificação do estilo de vida e dos fatores de risco combinada com terapêutica modificadora da doença e antianginosos são pilares no tratamento da SCC. Além disso, a tomada de decisão partilhada entre doentes e profissionais de saúde, com base em cuidados centrados no doente, é fundamental na definição do percurso terapêutico adequado para os doentes com SCC. A educação do doente é essencial para melhorar o controlo dos fatores de risco a longo prazo.

HOT TOPICS DIABETES MELLITUS

Moderadora: Fátima Pinto

Palestrante: Rita Nortadas

Comissão Organizadora: Joana Paulo

REMISSION OF TYPE 2 DIABETES: ALWAYS MORE QUESTIONS, BUT ENOUGH ANSWERS FOR ACTION

Este artigo de revisão reúne a evidência mais recente sobre um conceito que não sendo novo, merece renovada atenção: a remissão da Diabetes tipo 2. A remissão implica não só não ter doença activa como também ausência de sintomas e consequente menor probabilidade de aparecimento das suas conhecidas complicações micro e macrovasculares.

Foi demonstrado por vários estudos que a perda ponderal intencional consegue reduzir a HbA1c abaixo dos valores diagnósticos (6.5%) mesmo quando suspensa terapêutica farmacológica, bem como tem impacto positivo no síndrome metabólico.

Medidas que resultem em perda de peso de 10-15kg seja com recurso a terapêutica farmacológica (exemplo os análogos da GLP-1), seja com medidas nutricionais e exercício físico ou recorrendo a cirurgia bariátrica, resultam na melhoria do perfil glicémico destes doentes.

Fatores como o tempo de evolução da doença, a magnitude da perda ponderal e a funcionalidade das células beta são preponderantes no alcance desta remissão. Ainda não há evidência que suporte a completa resolução da doença pelo que se preconiza que se mantenha avaliação analítica anual, bem como exame oftalmológico e controlo de fatores de risco cardiovascular uma vez que iniciado o processo que conduz a estas alterações, este pode progredir.

Torna-se, portanto, da maior importância que maior atenção e investimento seja feito no que ao controlo de peso e medidas dietéticas diz respeito. Apesar disso, as mais recentes terapêuticas como os análogos GLP-1 e os iSGLT2, para além de promoverem a perda ponderal, conferem alguma proteção cardiovascular e renal.

THE IMPORTANCE OF SLEEP IN TYPE 2 DIABETES

A influência da duração e qualidade do sono em diversas patologias tem sido olhado com mais atenção recentemente. Este artigo de revisão sintetiza a evidência mais recente mostrando a conexão entre distúrbios do sono, como sejam o SAOS (Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono) e mau controlo glicémico, resistência à insulina, obesidade e inflamação crónica.

Padrões de sono alterados como a fragmentação do sono ou horários irregulares estão associados a alterações significativas dos níveis de glicose e hormonas que regulam o metabolismo como a insulina, o cortisol e a leptina. Estas alterações contribuem para um risco aumentado de complicações macro e microvasculares. Não desprezível também é a influência do sedentarismo, uso de ecrãs e trabalho por turnos.

A parca qualidade do sono tem também impacto na eficácia de intervenções de estilos de vida como a dieta e o exercício físico reduzindo a adesão a hábitos de vida saudáveis. Torna-se por isso premente a intervenção a nível comportamental focado na higiene do sono com horários consistentes, evicção de cafeína e da exposição à luz azul.

Os autores reconhecem a necessidade de mais ensaios para determinar relações diretas de causalidade mas enfatizam que a abordagem da qualidade do sono deverá constituir parte central da gestão do doente com Diabetes Mellitus.

O sono é uma área subestimada na gestão do risco cardiovascular e em particular da diabetes mas tem um papel crucial na saúde metabólica pelo que a sua abordagem deverá ser tida em conta. A consciencialização dos profissionais bem como maior número de estudos serão importantes para um melhor cuidado a estes doentes.

HOT TOPICS **DISLIPIDÉMIA**

Moderador: Francisco Araújo

Palestrante: José Pereira de Moura

Comissão Organizadora: Rodrigo Leão

CHANG, BLISS ET AL. OBICETRAPIB-THE REBIRTH OF CETP INHIBITORS? CURRENT ATHEROSCLEROSIS REPORTS VOL. 26,10 (2024): 603-608. DOI:10.1007/S11883-024-01231-5

Este artigo analisa o desenvolvimento do obicetrapib, um inibidor da proteína de transferência de éster de colesterol (CETP) de terceira geração. Os inibidores anteriores da CETP tiveram resultados mistos, com algum aumento da mortalidade. O obicetrapib, no entanto, mostra-se promissor.

Principais conclusões: Ensaios de Fase II (ROSE e ROSE2): O obicetrapib reduziu significativamente o LDL-C, a Apo B e o não-HDL-C, enquanto aumentou o HDL-C, mesmo em doentes já sob terapêutica de alta intensidade com estatinas. A combinação com ezetimiba potenciou ainda mais estes efeitos.

Mecanismo de ação: A potência do obicetrapib decorre do seu efeito significativamente maior nas lipoproteínas aterogénicas em comparação com os inibidores anteriores da CETP. Utiliza a quantificação beta, um método de medição de LDL-C mais preciso.

Ensaios de fase III em curso: Estão em curso vários ensaios de grande escala (PREVAIL, BROOKLYN, BROADWAY, TANDEM) para avaliar a eficácia e segurança do obicetrapib na redução de eventos cardiovasculares (MACE) em diversas populações e ambientes de tratamento.

Potenciais preocupações: Embora sejam resultados promissores, são necessários dados de segurança a longo prazo, especialmente no que diz respeito aos potenciais efeitos na degeneração macular relacionada com a idade.

O artigo conclui que os efeitos favoráveis do obicetrapib sobre os biomarcadores lipídicos nos ensaios de Fase II justificam a continuação da investigação nos ensaios de Fase III em curso. Se estes ensaios confirmarem a sua eficácia e segurança, o obicetrapib poderá tornar-se uma ferramenta valiosa, especialmente para doentes que não atingem os objetivos de LDL-C apenas com estatinas.

MAKHMUDOVA U, ET AL. INTENSIVE LIPID-LOWERING THERAPY FOR EARLY ACHIEVEMENT OF GUIDELINE-RECOMMENDED LDL-CHOLESTEROL LEVELS IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION (“JENA AUF ZIEL”). CLIN RES CARDIOL. 2023 SEP;112(9): 1212-1219. DOI: 10.1007/S00392-022-02147-3.

Este estudo do registo SWEDEHEART examinou a relação entre os níveis de colesterol não-HDL (C-não HDL) após enfarte do miocárdio (EM) e o prognóstico em mais de 56.000 doentes. As principais conclusões incluem:

A redução intensiva, precoce e sustentada do C-não-HDL é benéfica: os doentes que atingiram os níveis mais baixos de C-não HDL (tanto aos 2 meses como ao 1 ano após o enfarte do miocárdio) tiveram os melhores resultados. Aqueles que atingiram e mantiveram o nível alvo (<85 mg/dL) no espaço de 2 meses apresentaram o risco mais baixo.

A magnitude da redução é importante: reduções maiores no colesterol não-HDL foram associadas a riscos significativamente mais baixos de eventos cardiovasculares adversos (MACE), morte e enfarte do miocárdio não fatal em comparação com reduções menores.

A redução precoce é crucial: os doentes que atingiram o nível alvo de C-não-HDL precocemente (dentro de 2 meses) e o mantiveram nesses níveis tiveram melhores resultados do que aqueles que atingiram o alvo mais tarde ou apenas o atingiram brevemente.

Os autores reconhecem a natureza observacional do estudo e as potenciais limitações, mas enfatizam a consistência dos resultados em várias análises. O estudo utilizou modelos de riscos proporcionais de Cox, ajustando-se a vários fatores e foram realizadas análises de sensibilidade para ter em conta potenciais vieses e fatores de confusão.

Estes resultados desafiam a atual abordagem gradual para a redução do colesterol após enfarte do miocárdio, sugerindo que um tratamento mais precoce e mais intensivo pode ser benéfico.

HOT TOPICS FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Moderador: Nuno Bragança

Palestrante: António Ferreira

Comissão Organizadora: Rogério Ferreira

ATRIAL FIBRILLATION BURDEN: A NEW OUTCOME PREDICTOR AND THERAPEUTIC TARGET

Eur Heart J. 2024 Aug 16;45(31):2824-2838.

Nina Becher, Andreas Metzner, Tobias Toennis, Paulus Kirchhof, Renate B Schnabel

DOI: 10.1093/eurheartj/ehae373.

A fibrilhação auricular (FA), sendo a arritmia cardíaca mantida mais frequente, não tem um comportamento meramente dicotómica ao longo da evolução da doença.

As atuais inovações tecnológicas já são utilizadas para detetar e monitorizar a FA e elas permitem também a monitorização de longo prazo do ritmo cardíaco em muitos pacientes, bem como possibilitam a estimativa da carga de FA.

Esta revisão descreve a relação entre a carga de FA e os consequentes eventos clínicos, bem como os potenciais efeitos da redução dessa carga.

Uma carga de FA mais baixa está associada a um menor risco de AVC e insuficiência cardíaca em pacientes com FA: o risco de AVC sem anticoagulação é menor em pacientes com FA detetada por dispositivos e com baixa carga de FA (taxa de AVC de 1%/ano) em comparação com pacientes com FA persistente e permanente (taxa de AVC de 3%/ano). A FA paroxística apresenta taxas de AVC intermédias (2%/ano).

As intervenções que reduzem a carga de FA podem melhorar os resultados cardiovasculares em

pacientes com FA: o controlo precoce do ritmo reduz eventos cardiovasculares, incluindo AVC e insuficiência cardíaca, em pacientes com diagnóstico recente de FA e patologia cardiovascular. Em pacientes com insuficiência cardíaca e FA, o controlo precoce do ritmo e a ablação da FA (intervenções que reduzem a carga de FA), diminuem a mortalidade e os eventos associados a insuficiência cardíaca.

Dado que as recentes inovações tecnológicas permitem estimar a carga de FA na prática clínica, elas criam oportunidades e desafios. Embora as evidências ainda sejam limitadas, os dados existentes já sugerem que a redução da carga de FA pode ser um objetivo terapêutico. Para além da anticoagulação oral e do tratamento de comorbilidades cardiovasculares, a redução da carga de FA surge como uma nova meta terapêutica. Contudo, ainda é necessária futura investigação para definir a carga de FA que constitui um risco relevante de AVC e insuficiência cardíaca. Destaca-se ainda que as tecnologias que quantifiquem a carga de FA precisam de validação rigorosa para impulsionar o avanço nesta área.

EFFECT OF SCREENING FOR UNDIAGNOSED ATRIAL FIBRILLATION ON STROKE PREVENTION

JACC (*Journal of the American College of Cardiology*), 2024-11-19, Volume 84, Edição 21, Páginas 2073-2084,

DOI: 10.1016/j.jacc.2024.08.019. Epub 2024 Sep 1.

A fibrilhação auricular (FA) permanece frequentemente não diagnosticada e, de forma independente, aumenta o risco de AVC isquémico, risco este amplamente reversível com anticoagulação oral.

Embora os ensaios clínicos randomizados utilizando abordagens de rastreio de longo prazo tenham demonstrado um aumento na identificação de FA, nenhum estudo até ao momento estabeleceu que o rastreio de FA reduz as taxas de AVC.

Para abordar esta lacuna de conhecimento, o ensaio GUARD-AF (“Reducing Stroke by Screening for Undiagnosed Atrial Fibrillation in Elderly Individuals”) rastreou participantes em unidades de cuidados primários usando um monitor eletrocardiográfico contínuo de 14 dias. O objetivo era determinar se o rastreio da FA, combinado com a tomada de decisão entre médico e paciente para iniciar anticoagulação oral, poderia reduzir a incidência de AVC e fornecer benefícios clínicos efectivos em comparação com os cuidados habituais.

O GUARD-AF foi um ensaio clínico randomizado, prospetivo e com grupo controlo, desenhado para avaliar se o rastreio da FA em indivíduos com idade ≥ 70 anos, utilizando um monitor eletrocardiográfico de um único canal contínuo por 14 dias, poderia identificar pacientes com FA não diagnosticada e reduzir o risco de AVC. Os participantes foram randomizados numa proporção de 1:1 para rastreio ou cuidados habituais. Os outcomes primários de eficácia e segurança foram, respetivamente, hospitalização devido a AVC de qualquer causa e hemorragias. O recrutamento começou a 17 de dezembro de 2019 e incluiu 149 unidades de cuidados primários nos Estados Unidos. A pandemia de COVID-19 levou à interrupção prematura do recrutamento, resultando em 11.905 participantes na população de “intention to treat”. O seguimento mediano foi de 15,3 meses (Q1-Q3: 13,8-17,6 meses). A idade mediana dos participantes foi de 75 anos (Q1-Q3: 72-79 anos), e 56,6% eram mulheres.

O risco de AVC no grupo de rastreio foi de 0,7% contra 0,6% no grupo de cuidados habituais (HR: 1,10; IC 95%: 0,69-1,75). O risco de hemorragia foi de 1,0% no grupo de rastreio contra 1,1% no grupo de cuidados habituais (HR: 0,87; IC 95%: 0,60-1,26).

A FA foi diagnosticada em 5% dos pacientes no grupo de rastreio e em 3,3% no grupo de cuidados habituais. A iniciação de anticoagulação oral após a randomização foi de 4,2% e 2,8%, respetivamente.

Em conclusão, neste ensaio, não foi encontrada evidência de que o rastreio de FA usando um monitor eletrocardiográfico contínuo de 14 dias em indivíduos com idade ≥ 70 anos, atendidos em cuidados primários, reduza hospitalizações por AVC. No entanto, as taxas de eventos foram baixas, e o ensaio não atingiu o tamanho de amostra inicialmente planejado.

HOT TOPICS HIPERTENSÃO ARTERIAL

Moderador: Fernando Martos Gonçalves

Palestrante: Francisca Abecasis

Comissão Organizadora: Francisco Nóvoa

LOWERING SYSTOLIC BLOOD PRESSURE TO LESS THAN 120 MM HG VERSUS LESS THAN 140 MM HG IN PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK WITH AND WITHOUT DIABETES OR PREVIOUS STROKE: AN OPEN-LABEL, BLINDED-OUTCOME, RANDOMISED TRIAL

Liu J et al., Lancet 2024; 404: 245–55

O ensaio clínico ESPRIT investigou o impacto da redução da pressão arterial sistólica (PAS) para valores inferiores a 120 mmHg, em comparação com o alvo convencional de 140 mmHg, em doentes com elevado risco cardiovascular. O estudo incluiu 11.255 participantes com risco cardiovascular elevado (i.e. doença cardiovascular estabelecida ou pelo menos dois fatores de risco cardiovascular major), recrutados em 116 hospitais na China e aleatoriamente distribuídos em dois grupos: intervenção intensiva (PAS < 120 mmHg) e tratamento padrão (PAS < 140 mmHg). O objetivo principal foi avaliar a ocorrência de eventos cardiovasculares major (MACE), incluindo enfarte do miocárdio, revascularização, hospitalização por insuficiência cardíaca, AVC e mortalidade cardiovascular.

Os resultados demonstraram que a redução intensiva da PAS esteve associada a uma redução estatisticamente significativa no risco de MACE (hazard ratio 0.88; $p=0.028$) ao longo de um seguimento mediano de 3.4 anos. A mortalidade cardiovascular foi reduzida em 39% no grupo de tratamento intensivo, sem evidência de heterogeneidade no efeito entre subgrupos, incluindo doentes com ou sem diabetes e historial de AVC. Contudo, verificou-se um aumento de eventos adversos, como síncope, mais frequente no grupo de tratamento intensivo, enquanto a incidência de quedas, hipotensão grave e insuficiência renal aguda foi relativamente baixa. Apesar dos benefícios cardiovasculares, o estudo observou um risco aumentado de declínio sustentado da função renal no grupo intensivo, embora nenhum caso de progressão para doença renal terminal tenha sido registado. O número necessário para tratar (NNT) para prevenir um MACE foi de 75, enquanto o NNT para evitar uma morte cardiovascular foi de 148, em três anos de seguimento.

O estudo apresentou algumas limitações, como o seguimento relativamente curto e a ausência de medições da pressão arterial em posição ortostática. Adicionalmente, os resultados podem não ser generalizáveis para populações fora da China, dado o elevado consumo de sódio e a alta incidência de AVC na população estudada. Apesar destas limitações, o ESPRIT fornece evidência robusta que sustentam a viabilidade e eficácia de metas mais rigorosas para o controlo da PAS em populações de elevado risco cardiovascular, utilizando medicamentos amplamente disponíveis e acessíveis.

LONG-TERM FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH ELEVATED ALDOSTERONE-TO-RENIN RATIO BUT NEGATIVE CONFIRMATORY TEST: THE PROGRESSION OF PRIMARY ALDOSTERONISM PHENOTYPES

Buffolo F et al., Hypertension. 2024;81:340–347

Este estudo investigou a progressão do hiperaldosteronismo primário (HP) em doentes com hipertensão arterial e uma relação aldosterona/renina elevada no rastreio inicial, mas com testes confirmatórios negativos. Este tópico é clinicamente relevante, uma vez que 10% dos hipertensos apresentam rastreios positivos para HP, sendo que entre 50% e 70% têm testes confirmatórios negativos. A gestão a longo prazo destes doentes permanece indefinida. O estudo teve como objetivo avaliar a incidência de HP em indivíduos com testes confirmatórios negativos, acompanhados durante pelo menos dois anos.

Foram recrutados 184 doentes de dois centros especializados em hipertensão (Torino e Munique), seguidos durante um período médio de cinco anos. No final do acompanhamento, 20% desenvolveram HP confirmado através de novos testes, com um terço dos casos a apresentarem a forma unilateral da doença, passível de tratamento curativo com adrenalectomia. Entre os doentes que evoluíram para HP, verificou-se um agravamento no controlo da pressão arterial (PA) e uma maior prevalência de lesão cardíaca, apesar de receberem tratamentos anti-hipertensores semelhantes aos doentes que não progrediram.

Adicionalmente, foi observada uma progressão na secreção autónoma de aldosterona mesmo em doentes sem HP confirmado, sugerindo que o HP pode ser um espectro contínuo que evolui desde formas subtis até manifestações clinicamente evidentes. Por outro lado, 23% dos doentes apresentaram normalização dos níveis de renina durante o seguimento, refletindo a influência de fatores como a ingestão de sódio.

Os resultados reforçam a necessidade de seguimento clínico cuidadoso em doentes com testes confirmatórios negativos, particularmente naqueles com controlo tensional inadequado. Nestes casos, deve ser considerada a repetição do rastreio de HP, de forma a identificar precocemente a progressão para formas clinicamente significativas. Doentes com HP confirmado devem ser adequadamente fenotipados, uma vez que a identificação de formas unilaterais pode permitir uma abordagem cirúrgica potencialmente curativa.

Este estudo contribui para uma melhor compreensão da evolução do HP, sublinhando a importância de uma abordagem contínua e personalizada na gestão da hipertensão associada à secreção autónoma de aldosterona. A identificação precoce e o tratamento adequado de formas progressivas ou unilaterais podem melhorar significativamente os resultados clínicos desta população.

HOT TOPICS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Moderador: Pedro Moraes Sarmento

Palestrante: Inês Fialho

Comissão Organizadora: Daniela Madeira

FINEARTS-HF

A abordagem da insuficiência cardíaca (IC) tem sido alvo de grandes mudanças nos últimos anos, com o aparecimento de uma vasta gama de novas moléculas e consequente melhoria do prognóstico e da função cardíaca, até então não tangível. Em 2024, não foi exceção e destacamos os estudos FINEARTS-HF e STEP-HfpEF.

A utilização dos antagonistas dos recetores dos mineralocorticóides (ARM) esteróides está soli-

damente validada nos doentes com IC com fração de ejeção (FEj) reduzida por diminuir a morbimortalidade, contudo, na franja dos doentes com FEj moderadamente reduzida ou preservada, esta evidência ainda não está estabelecida. O estudo FINEARTS-HF veio preencher esta lacuna, ao documentar que a utilização da finerenona (ARM não esteróide) se associa a uma redução das hospitalizações por IC e morte cardiovascular nos doentes com FEj $\geq 40\%$. Foram incluídos 6000 doentes e distribuídos pelos dois braços do estudo (3003 doentes receberam finerenona e 2998 doentes receberam placebo), com um período médio de seguimento de 32 meses. Foram identificados 1083 outcomes primários (endpoint composto de hospitalizações por IC e morte cardiovascular) em 624 doentes medicados com finerenona e 1283 eventos em 719 doentes com placebo ($P=0.007$). Para além da eficácia, foi ainda avaliada a segurança do fármaco e identificado um aumento do risco de hipercaliemia comparativamente ao placebo (3% vs. 1,4%, respetivamente), contudo apenas 0,5% necessitaram de hospitalização.

STEP-HFPEF (E ATUALIZAÇÃO DE 2024 NA POPULAÇÃO COM DIABETES)

O estudo STEP-HFpEF também trouxe novidades para o tratamento da IC com FEj preservada, por ter analisado o efeito do semaglutide nos doentes com IC com FEj preservada e obesidade. Este é um estudo retrospectivo que avaliou o efeito deste fármaco nos sintomas associados à IC e na capacidade funcional, através do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire clinical summary score (KCCQ-CSS), e na perda ponderal (endpoints primários), ao fim de um ano. Posteriormente, foi feita uma sub-análise (STEP-HFpEF DM) que avaliou os resultados nos doentes que tinham também diabetes mellitus (DM). O semaglutide possibilitou uma variação média de 13,7 pontos do KCCQ-CSS, enquanto que, no grupo placebo, foi de 6,4 pontos ($P<0,001$), e uma perda ponderal média de 9,8% (3,4% no grupo placebo; $P<0,001$). Quanto aos efeitos adversos graves, foram identificados 17,7% no grupo que recebeu semaglutide e 28,8% no grupo placebo. Assim, concluiu-se que o semaglutide melhora a qualidade de vida e permite uma redução significativa de peso, nos doentes com IC com FEj preservada associada à obesidade e DM, contribuindo para a redução do risco vascular.

Em suma, a finerenona e o semaglutide podem vir a ser as próximas grandes armas para o tratamento da IC com FEj preservada, aliadas à restante terapêutica médica.

HOT TOPICS TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Moderadora: Melanie Ferreira

Palestrante: José Meirelles

Comissão Organizadora: Patrícia Mendes

LARGE-BORE MECHANICAL THROMBECTOMY VERSUS CATHETER-DIRECTED THROMBOLYSIS IN THE MANAGEMENT OF INTERMEDIATE-RISK PULMONARY EMBOLISM: PRIMARY RESULTS OF THE PEERLESS RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Background: There is a lack of randomized controlled trial (RCT) data comparing outcomes of different catheter-based interventions for intermediate-risk pulmonary embolism (PE).

Methods: PEERLESS is a prospective, multicenter, RCT that enrolled 550 intermediate-risk PE patients with right ventricular dilatation and additional clinical risk factors randomized 1:1 to treatment with large-bore mechanical thrombectomy (LBMT) or catheter-directed thrombolysis (CDT). The primary endpoint was a hierarchical win ratio (WR) composite of the following: 1) all-cause mortality, 2) intracranial hemorrhage, 3) major bleeding, 4) clinical deterioration and/or escalation to bailout, and 5) postprocedural intensive care unit (ICU) admission and length

of stay, assessed at the sooner of hospital discharge or 7 days post-procedure. Assessments at the 24-hour visit included respiratory rate, mMRC dyspnea score, NYHA classification, right ventricle (RV)/left ventricle (LV) ratio reduction, and RV function. Endpoints through 30 days included total hospital stay, all-cause readmission, and all-cause mortality.

Results: The primary endpoint occurred significantly less frequently with LBMT vs CDT (WR 5.01 [95% CI: 3.68-6.97]; $P<0.001$). There were significantly fewer episodes of clinical deterioration and/or bailout (1.8% vs 5.4%; $P=0.04$) with LBMT vs CDT and less postprocedural ICU utilization ($P<0.001$), including admissions (41.6% vs 98.6%) and stays >24 hours (19.3% vs 64.5%). There was no significant difference in mortality, intracranial hemorrhage, or major bleeding between strategies, nor in a secondary WR endpoint including the first 4 components (WR 1.34 [95% CI: 0.78-2.35]; $P=0.30$). At the 24-hour visit, respiratory rate was lower for LBMT patients (18.3 ± 3.3 vs 20.1 ± 5.1 ; $P<0.001$) and fewer had moderate to severe mMRC dyspnea scores (13.5% vs 26.4%; $P<0.001$), NYHA classifications (16.3% vs 27.4%; $P=0.002$), and RV dysfunction (42.1% vs 57.9%; $P=0.004$). RV/LV ratio reduction was similar (0.32 ± 0.24 vs 0.30 ± 0.26 ; $P=0.55$). LBMT patients had shorter total hospital stays (4.5 ± 2.8 vs 5.3 ± 3.9 overnights; $P=0.002$) and fewer all-cause readmissions (3.2% vs 7.9%; $P=0.03$), while 30-day mortality was similar (0.4% vs 0.8%; $P=0.62$).

Conclusions: PEERLESS met its primary endpoint in favor of LBMT vs CDT in treatment of intermediate-risk PE. LBMT had lower rates of clinical deterioration and/or bailout and postprocedural ICU utilization compared with CDT, with no difference in mortality or bleeding.

Comentário: O estudo PEERLESS publicado em 2024, explora o tratamento de tromboembolia pulmonar (TEP) de risco intermédio, na sua maioria risco intermédio-alto por critério de inclusão obrigatório disfunção do ventrículo direito (VD), mas com 5,3% dos doentes com troponina de alta sensibilidade normal. Comparou nestes doentes duas técnicas de intervenção: trombectomia mecânica de grande calibre (LBMT) e trombólise dirigida por cateter (CDT). Este é o primeiro estudo clínico randomizado que compara esses dois métodos no tratamento desta patologia.

Incluiu 550 doentes randomizados entre LBMT e CDT. O objetivo principal foi avaliar um conjunto de desfechos, incluindo mortalidade, hemorragia intracraniana, hemorragia major, deterioração clínica, e necessidade de admissão em Cuidados Intensivos (SMI). Os resultados apontaram uma vantagem significativa para a LBMT, que mostrou menor incidência de deterioração clínica e necessidade de SMI pós-procedimento, quando comparado à CDT. Não foram observadas diferenças significativas na mortalidade ou nos índices de sangramento grave entre os dois métodos. Também houve menor disfunção do ventrículo direito na LBMT (42,1% vs 57,9%; $P=0,004$), porém, a redução da relação ventrículo direito/esquerdo (VD/VE) foi semelhante ($0,32\pm 0,24$ vs $0,30\pm 0,26$; $P=0,55$).

O estudo suporta algumas mudanças na escolha do melhor tratamento interventivo em casos de TEP de risco intermédio, sugerindo que a LBMT pode ser uma opção mais segura e eficaz para reduzir complicações clínicas e necessidade de cuidados intensivos. No entanto, o estudo também aponta que as taxas de mortalidade e de hemorragia entre os métodos são comparáveis, indicando que ambas podem ser apropriadas em contextos específicos.

Este estudo tem ainda várias limitações: 1) estudo não cego. 2) o tratamento no braço CDT não foi padronizado. 3) O braço CDT incluiu doentes tratados com CDT facilitada por ecografia e métodos CDT convencionais. 4) o acompanhamento do doente foi limitado a uma visita após 30 dias.

VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IN MEDICAL AND SURGICAL PATIENTS – WHAT'S OUR REALITY?

Introduction: Venous thromboembolism (VTE) includes pulmonary embolism (PE), deep vein thrombosis (DVT) in lower limbs, and thrombosis in rare locations. VTE is a common cardiovascular disease, being the leading preventable cause of in-hospital death. Both surgical and acute medical patients have an elevated risk of developing VTE. VTE risk assessment is essential to identify patients who might benefit from VTE prophylaxis accurately. Clinical data on risk factors and prophylaxis in Portugal are scarce. We aimed to determine the proportion of at-risk patients who received prophylaxis and the incidence of bleeding events. We also intended to study the rate of VTE in a cohort of medical and surgical patients during the hospitalization period and three months after discharge.

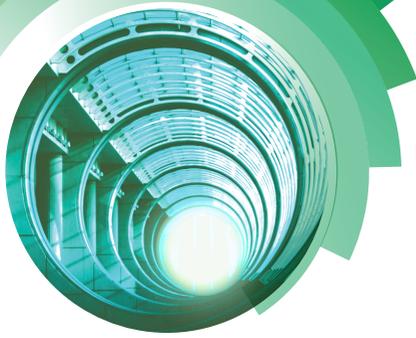
Methods: During one week in 2020, adults admitted for more than 72hr to a medical or surgical ward were included. The study excluded patients with a diagnosis of VTE three months before hospitalization and who were either chronically receiving anticoagulation therapy or had started it 48 hours after admission. Risk assessments were based on the Padua Prediction Score (PPS) for medical patients and the Caprini Risk Assessment Model (CRAM) for surgical patients. We used CHEST guidelines, 9th edition, to determine the adequacy of the prophylactic method.

Results: A total of 123 patients were analyzed, 18.7% of which tested positive for SARS-CoV-2. VTE risk in surgical patients was categorized as very low or low (16.6%), moderate (37.5%), and high (43.8%), according to the CRAM. Risk in medical patients was categorized as low (60.0%) or high (40.0%) according to the PPS. We estimated that VTE chemoprophylaxis was overused in about 30.0% of patients vs. 7.0% who were at risk and did not receive appropriate chemoprophylaxis. The rate of thromboembolic events was 4.1% (n=5), 2 of which happened after discharge. Two of these patients were under VTE prophylaxis during hospitalization. Major bleeding occurred in 2.4% of patients (n=3).

Discussion: A significant number of hospitalized patients are deemed to be at risk for VTE, making appropriate prophylaxis essential. The results emphasize the insufficient management of VTE prophylaxis.

Comentário: O estudo acompanhou 123 doentes (75 de patologia médica e 48 cirúrgica) internados por há mais de 72 horas. Foram utilizados o score Padua para doentes do foro médico e o score Caprini para cirúrgicos, permitindo estratificar o risco de Tromboembolismo Venoso (TEV) e determinar a adequação da profilaxia com base nas diretrizes da ACCP (American College of Chest Physicians). Os autores investigaram a ocorrência de TEV e eventos hemorrágicos até 90 dias após a alta hospitalar.

O artigo salienta a importância da estratificação de risco e da adequação da profilaxia de TEV, destacando que tanto a subutilização quanto o uso excessivo de profilaxia podem trazer riscos aos doentes. A utilização excessiva em doentes de baixo risco pode levar a eventos hemorrágicos desnecessários, enquanto a falta de profilaxia em doentes de alto risco aumenta o risco de complicações tromboembólicas. A análise aponta para uma necessidade de maior adesão aos protocolos de profilaxia e, possivelmente, melhorias na formação dos profissionais quanto à aplicação dos critérios de risco.



RESUMOS

| Posters

PO 01

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES NOS INSCRITOS EM UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DE 2 CONCELHOS

Sofia Gomes
ULS Médio Ave

As doenças cardiovasculares (DCV's) são a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo. É importante conhecer os seus fatores de risco de forma a regular e modular estratégias de intervenção. Diversos estudos já identificaram fatores de risco comuns das DCV's, nomeadamente Framingham, o qual identificou a Diabetes, Hipertensão, Obesidade, Dislipidemia, Tabagismo e Sedentarismo como fatores de risco que poderiam ser modificados e prevenidos.

O objetivo deste trabalho é analisar a prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares presentes numa população de inscritos em Unidades de Saúde Familiar de dois concelhos.

Foi utilizada a Plataforma MIM@UF e efetuada a pesquisa por Problema Ativo em dezembro de 2023. Pesquisaram-se os seguintes problemas: Alteração dos Lípidos, Hipertensão Arterial (HTA), Excesso de Peso, Obesidade, Abuso Crónico do Álcool, Abuso do Tabaco e Diabetes (DM). Para análise dos dados utilizou-se o Microsoft Excel.

Verifica-se que a dislipidemia, HTA e excesso de peso são os Fatores de Risco Cardiovascular mais prevalentes no grupo etário mais idoso. 60,5% Das mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e 61,1% dos homens com idade igual ou superior a 65 anos sofrem de HTA. No sexo masculino é onde se verifica

maior prevalência de HTA com complicações, podendo aferir a gravidade e baixo controlo da doença neste grupo. A obesidade é mais elevada nas mulheres idosas comparativamente aos homens idosos (26,8% vs 18,1%) e a dislipidemia torna-se um fator de risco cardiovascular importante neste grupo etário, sobretudo no sexo feminino. O Excesso de Peso e Obesidade são os fatores de risco mais prevalentes nas idades inferiores a 65 anos, sobretudo no sexo feminino. Existem alguns fatores de risco que no sexo masculino tomam proporções significativamente superiores ao sexo feminino. São eles o consumo de álcool e tabaco. 21,4% Dos homens com menos de 65 anos são fumadores crónicos, sendo o consumo de álcool também mais prevalente na população masculina.

Conhecer os fatores de risco desta população torna possível dirigir estratégias preventivas. Atuar no excesso de peso, visto ser o fator de risco mais prevalente nos mais jovens, assim como nos consumos de álcool e tabaco, sobretudo no sexo masculino, torna-se, assim, uma intervenção prioritária. Além disso, estes dois problemas de saúde podem ser vistos como “catalisadores” para os restantes, contribuindo que para a sua génese, quer para as eventuais complicações associadas.

PO 02

PÓS-ENFARTE NO DÉFICE DE FATOR XI: PONDERAÇÃO ENTRE RISCO E BENEFÍCIO DA DUPLA ANTIAGREGAÇÃO

Inês Cruz; Beatriz Ribau; Daniela Santos; Adélia Simão; Lèlita Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O défice de Fator XI (FXI) é um distúrbio da coagulação raro que predispõe à hemorragia e atenua o risco trombótico. Nos indivíduos afetados, a hemorragia é altamente variável, tanto no local como na gravidade e, ao contrário de outros distúrbios, habitualmente não se apresenta espontaneamente nem como hemartrose ou hematomas musculares.

A dupla antiagregação após enfarte agudo do miocárdio (EAM) é essencial na prevenção de novos eventos trombóticos, estando habitualmente recomendada durante 12 meses após o evento. Contudo, estes fármacos podem interagir de forma complexa com deficiências congénitas ou adquiridas da coagulação, levando a desafios clínicos importantes.

Descrição do caso: Mulher, 80 anos, com antecedentes de EAM há 3 meses com doença coronária de 1 vaso e angioplastia da descendente anterior com colocação de 4 stents com fármaco, sob ticagrelor 90mg e aspirina 100mg, apresentava hematoma no cotovelo esquerdo com 6 cm de diâmetro, doloroso à palpação, mas sem limitação dos movimentos, que surgiu após esforço físico. Associadamente, evidenciava múltiplas equimoses espontâneas dispersas, em diferentes fases de resolução, que surgiram 1 mês depois do EAM. Da avaliação analítica inicial destaca-se hemoglobina 11.2 mg/dL, plaquetas normais, tempo de protrombina (TP) 11.8 segundos e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (APTT) 42.2 segundos. Adicionalmente, o estudo de coagulação apresentou anticoagulante lúpico negativo; doseamento do Fator VIII 168%, Fator IX 107%, Fator Willebrand Ag 130% e RC 162.8%, e do FXI:C 49.8 %, fazendo do diagnóstico de défice de FXI.

Caso discutido com cardiologia e imunoterapia, concluindo-se que apesar do risco

hemorrágico, a doente deveria manter dupla antiagregação pelo risco muito elevado de novo evento cardiovascular.

Discussão: O aparecimento de múltiplos hematomas espontâneos após início de dupla antiagregação levantou a suspeita de um distúrbio da coagulação, confirmado pelo défice de FXI. Nestes doentes, a gestão do pós-EAM requer uma abordagem ponderada e individualizada, dada a complexidade do equilíbrio entre o risco de trombose e o risco de hemorragia. Embora a manutenção da dupla antiagregação seja justificada pelo alto risco cardiovascular, é fundamental um acompanhamento minucioso, com avaliação clínica e analítica frequente. Deve ser considerada a passagem a monoterapia antiplaquetar e uso de agentes hemostáticos caso haja hemorragia significativa.

PO 03

TROMBOCITÉMIA ESSENCIAL – O TROMBO RELÓGIO

Inês Cruz¹; Inês Antunes¹; Beatriz Ribau¹; Teresa Alfaiate¹; Adélia Simão^{1,2}; Lèlita Santos^{1,2}
¹*Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Coimbra, Coimbra, Portugal;* ²*Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra Coimbra, Portugal*

Introdução: A Trombocitémia Essencial (TE) é uma doença rara caracterizada por trombocitose clonal, sendo uma das neoplasias mieloproliferativas crónicas relacionadas com a mutação na Janus Quinase 2 (JAK2). O curso clínico é habitualmente indolente, mas pode apresentar-se com sintomas microcirculatórios ou mesmo complicações trombóticas e hemorrágicas.

A avaliação do risco trombótico, o controlo de fatores de risco e o tratamento estratificado por risco são a chave da gestão destes doentes.

Descrição do caso: Homem, 61 anos, com antecedentes de trombose femoral crónica, apresentava dor abdominal intensa, tipo facada, de predomínio no hipocôndrio direito, com 4 dias de evolução. Agravava-se com decúbito, flexão anterior do tronco e movimentos bruscos e melhorava com ortostatismo, posição sentada e repouso. Referia também náuseas, vômitos alimentares e obstipação.

Análiticamente destacava-se leucocitose de 12.5 x10⁹/L, trombocitose de 605 x10⁹/L e PCR 22,5 mg/dL. Realizada ecografia abdominal com esplenomegalia com 15 cm e posteriormente, Tomografia Computorizada (TC) com trombose da veia esplênica e do tronco e ramo direito da veia porta; enfarte esplênico e omental extenso e derrame peritoneal. Iniciou enoxaparina em dose terapêutica.

Adicionalmente, a pesquisa de mutações de trombofilias detetou mutação V617F no JAK2; e biópsia óssea com cariótipo 46,XY, del(6)(p21p24)[7]/46,XY[6] com sete metáfases com deleção intersticial do braço curto do cromossoma 6 e aspetos sugestivos de neoplasia mieloproliferativa crónica do tipo TE.

A angioTC de controlo mostrou trombos murais aórticos, trombose crónica do ramo direito da veia porta, trombos endoluminais não oclusivos no tronco porta e na veia esplênica e sequelas de enfarte esplênico.

Pelo elevado risco trombótico, teve alta com apixabano 5mg e hidroxiureia 500mg, e foi encaminhado para consulta de Hemato-Oncologia.

Discussão: A TE é um diagnóstico assumido após exclusão das outras neoplasias mieloides. Aplicando-se os critérios de diagnóstico da International Consensus Classification, constata-se que o doente apresenta 4 critérios major e 1 minor.

Scores de prognóstico, como Revised-International Prognostic Score delineiam grupos de risco. Pelos antecedentes de trombose, este doente é considerado de alto risco. Apresenta risco de trombose por ano de 4,7% e sobrevivência mediana de 13,8 anos, tendo indicação para anticoagulação e tratamento citorredutor, com possibilidade de associação futura de aspirina em baixa dose.

PO 04

CARACTERIZAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA TROMBOEMBOLIA VENOSA EM CONSULTA ESPECIALIZADA

Inês Sofia Gonçalves¹; Pedro Dias Lopes²; Laura Rodrigues¹; Christine Canizes¹; Patrícia Mendes¹; Maja Petrova¹

¹Unidade Local de Saúde de Coimbra; ²Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: Tromboembolia venosa (TEV), que inclui trombose venosa profunda e embolia pulmonar, é a 3ª causa de morte a nível mundial. A maioria dos eventos partilha fatores de risco (FR) que podem causar ou potenciar a ocorrência de TEV, aumentando esta probabilidade com a sua acumulação. Incluem-se nos FR fortes fratura dos membros inferiores, colocação de próteses ortopédicas, cirurgia major, hospitalização por insuficiência cardíaca (IC), enfarte agudo do miocárdio (EAM), fibrilhação (FA) ou flutter auricular, trauma major, episódio prévio de TEV, síndrome antifosfolipídico (SAF) e trombofilias. Como FR moderados, as neoplasias. A imobilização prolongada, dislipidemia, diabetes, hipertensão arterial (HTA), obesidade e gravidez são considerados FR fracos.

Objetivos: Caracterizar os FR para desenvolvimento de TEV na população seguida em consulta.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes avaliados em consulta de Medicina Interna - Aterosclerose e Hipertensão em 2023.

Resultados: Num total de 1409 doentes, com idades entre os 18 e os 96 anos (média 58 e mediana 61), 51.2% eram do sexo feminino. Dos FR avaliados mais incidentes destacam-se dislipidemia em 90.1% (n=1269), HTA em 73.9% (n=1041), obesidade em 53.6% (n=755), diabetes em 28.5% (n=401) e neoplasias em 10.2% (n=144). Dos menos incidentes, surgiram trauma major em 0.1% (n=2), SAF em 0.2% (n=3), gravidez em 0.3% (n=4), colocação de próteses ortopédicas e EAM em 0.4% (n=5 e 6, respetivamente) e hospitalização por IC, FA ou flutter em 0.9% (n=12). De referir ainda fratura dos membros

inferiores em 1% (n=14), trombofilias em 1.1% (n=15), imobilização prolongada em 1.8% (n=26), episódio prévio de TEV em 3.1% (n=44) e cirurgia major em 4.9% (n=69). Houve 9 doentes com TEV, com idades compreendidas entre os 46 e 86 anos, sendo 55% do sexo masculino. Cada doente apresentou em média 3.6 FR e mediana de 3.5. Os mais frequentes são os FR fracos (n=21) com identificação de pelo menos 1 em cada indivíduo. Ocorreram apenas 3 FR moderados na amostra. Cada doente apresentou em média 1 fator forte, sendo o mais prevalente as trombofilias (33%). **Conclusão:** Com base nestes dados podemos concluir que os doentes seguidos em consulta têm múltiplos FR potenciadores de TEV, sendo os mais frequentes os de baixo risco. Esta elevada prevalência demonstra a necessidade de um controlo cardiovascular apertado de forma a evitarmos a acumulação destes fatores em cada indivíduo.

PO 05

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL ASSOCIADA À EFETIVAÇÃO DA VVAVC NO PRÉ-HOSPITALAR

Guilherme Carita; Filipa Vieira; Filipa Barros; Marina Ribeiro; Patricia Lopes; Sandra Nunes; Sónia Figueira
INEM

Introdução: A parametrização dos registos clínicos informatizados permite associar a potencialidade da Inteligência Artificial (IA) às necessidades do doente crítico com suspeita de AVC. A capacidade da IA é influenciada pelos dados registados. Esta consciência enfatiza a importância de obter resultados fidedignos e os mais próximos da realidade, por forma a alimentarem um motor de IA num futuro próximo.

Objetivo: Identificar o potencial existente e protético da integração da IA no registo clínico informatizado do INEM, perspetivando um aumento dos ganhos em saúde decorrentes da VVAVC.

Material e métodos: Foi realizada a revisão retrospectiva, 2020 a 2024 (1º semestre), dos alertas de VV AVC identificados no registo clínico informatizado (SRCI) do INEM (iTeams®),

constantes em PowerBi, alvo de análise estatística simples. O alerta VV AVC é despoletado quando há preenchimento da Escala de Cincinnati. A presente análise incide sobre os tempos de socorro da atuação EPH (Emergência Pré-Hospitalar), nomeadamente “caminho do local”, “tempo no local” e “caminho do hospital”.

Resultados e conclusões: Os tempos de socorro são atualmente monitorizados a partir de informação importada via rádio SIRESP (Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal) ou obtidos através do registado manual pelos profissionais do pré-hospitalar. Na análise de dados identifica-se uma tendência decrescente do preenchimento do tempo a “caminho do hospital” de 66% em 2021, 63% em 2022, 46% em 2023 e 42% do 1º semestre de 2024.

Os tempos de socorro aferidos, necessitam de ser analisados criticamente dado o possível viés de interpretação, decorrentes de constrangimentos já identificados nomeadamente nas licenças de comunicação, na importação de tempos do SIRESP e na necessidade de alargamento da rede do SRCI.

Não obstante ser crítica a obtenção de melhores dados, o “tempo no local”, têm vindo a estabilizar nos 23-24 minutos, indicador de qualidade e proficiência do EPH nacional.

O registo do INEM de suspeita de VV AVC tem vindo a crescer, fruto da melhoria do registo e do alargamento da utilização da aplicação informática - iTeams®.

Diferenciar o aumento de casos de AVC na população portuguesa deste incremento da capacidade de registo do INEM é fundamental para que a verdadeira incidência de AVC, assim como o real impacto do trabalho do INEM, possa ser evidenciado e num futuro servir de base para a aplicação de instrumentos de IA ao AVC em Portugal.

PO 06

HEMOGRAMA NA PREDIÇÃO DA RECORRÊNCIA VASCULAR PRECOCE APÓS ACIDENTE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Luís Cotrim¹; Patrícia Canhão²

¹Hospital de Vila Franca de Xira; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: Após um Acidente Isquémico Transitório (AIT), definido como episódio de disfunção neurológica transitória (< 24 horas) atribuível a causa vascular, existe risco de ocorrência de eventos vasculares, particularmente nos 30 dias seguintes.

Objetivo: Analisar se os valores do hemograma de doentes com AIT contribuem para identificar doentes com maior risco de ocorrência de um evento vascular (AVC, AIT, enfarte agudo miocárdio ou morte vascular) aos 30 dias.

Métodos: Estudo de tipo coorte retrospectivo, incluindo doentes de forma consecutiva na Consulta de AIT, referenciados do Serviço de Urgência, entre 2004 e 2011. Efetuou-se uma análise bivariada para avaliar a associação entre os dados do hemograma (hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas (CP), volume plaquetário médio (VPM), razão VPM/CP, contagem de neutrófilos e linfócitos) e a ocorrência de qualquer evento vascular aos 30 dias. Realizou-se uma análise de regressão logística ajustada para as outras variáveis associadas ao prognóstico.

Resultados: O estudo incluiu 337 doentes com o diagnóstico de AIT. Verificou-se a ocorrência de 43 eventos vasculares (12,8%, IC 95% 9,7-16,8), a maioria AVC (7,8%, IC 95% 5,4 – 11,2) ou AIT (4,8%, IC 95% 2,9-7,6) até aos 30 dias após AIT. Na análise de regressão logística, observou-se uma relação negativa significativa entre a contagem total de linfócitos e a recorrência de eventos vasculares (Odds ratio (OR) = 0,630, IC 95% 0,405 – 0,981; p=0,041). Embora sem significado estatístico, documentou-se a tendência de uma relação positiva entre o VPM e a recorrência de eventos vasculares (OR=1.332, 95% IC 0.997 - 1.780; p=0.053).

Conclusões: Este estudo exploratório sugere que marcadores do hemograma, simples de obter na admissão dos doentes com AIT, poderão merecer futura investigação para incorporar escalas ou pontuações de predição de risco precoce em doentes com AIT.

PO 07

PRESCRIÇÃO DE DIURÉTICOS TIAZÍDICOS EM UTENTES HIPERTENSOS COM GOTA, NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Rita Ribau Leite; Ana Guerra Lobão; Natália Cidade; Luísa Santos

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Os diuréticos tiazídicos são fármacos de primeira linha no tratamento da Hipertensão Arterial (HTA) sendo, por esta razão, amplamente utilizados no controlo desta patologia. Estão associados a efeitos adversos, nomeadamente através do aumento do valor sérico de ácido úrico, condicionando um maior risco de artrite gotosa aguda. De acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia, da European Alliance of Associations for Rheumatology e as *guidelines* do *American College of Rheumatology*, a utilização de diuréticos tiazídicos deve ser evitada em doentes com diagnóstico de gota.

Objetivos: Identificar a prevalência de utentes hipertensos com gota medicados com diuréticos tiazídicos numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Material e métodos: Tipo de estudo: observacional, descritivo, transversal. População: Utentes da USF estudada com o código ICPC-2 “T92 – Gota” e “K86 – Hipertensão sem complicações” ou “K87 – Hipertensão com complicações” registados na lista de problemas ativos. Variáveis: sexo, idade, prescrição de diuréticos tiazídicos. Dados recolhidos através das plataformas MIM@UF, SClinico® e PEM e tratados em Microsoft® Excel.

Resultados e conclusões: A população é constituída por 72 utentes com diagnóstico concomitante de HTA e Gota; 81,9% apresentam HTA sem complicações (K86) e 18,1% apresentam HTA com complicações (K87). Do total de utentes com HTA e gota, 38,9% es-

tavam medicados com diurético tiazídico no momento da colheita de dados. A indapamida é o diurético tiazídico mais frequentemente prescrito (46,4%), seguido da hidroclorotiazida (32,1%) e da clorotalidona (21,4%). Tendo em conta a elevada prevalência de utentes hipertensos com diagnóstico de gota medicados com diurético tiazídico na população avaliada, torna-se importante a reflexão acerca da iatrogenia medicamentosa nestes utentes, sendo essencial a revisão da sua terapêutica anti-hipertensora.

PO 09

ESTATINAS, POLINEUROPATIA PERIFÉRICA E HIPERCOLESTEROLÉMIA FAMILIAR HETEROZIGÓTICA

Francisco Próspero Luís; Maria Margarida Andrade; Francisca Sá Couto; Catarina Távora; Joana Urzal; Victor Espadinha; Diogo Cruz
Hospital Cascais - Dr. José de Almeida

Introdução: A terapêutica com estatinas tem um papel fulcral na redução do risco cardiovascular. Contudo, os efeitos adversos associados a esta terapêutica, embora raros e alguns controversos, estão documentados. Apresentamos um caso de polineuropatia periférica associada a estatinas num doente com Hipercolesterolemia Familiar Heterozigótica (HFHe) e as consequentes implicações clínicas.

Descrição do caso clínico: Homem de 38 anos, com antecedentes HFHe com mutação documentada do receptor de Low Density Lipoprotein (LDL), medicado previamente com rosuvastatina 10mg apresentava um c-LDL sérico de 232mg/dL. Tendo em conta o risco cardiovascular elevado, definiu-se como alvo terapêutico c-LDL <70mg/dL. Foi, portanto, incrementada terapêutica para rosuvastatina 40mg com ezetimibe 10mg.

No mês seguinte, por hipostesia sensitiva dos membros inferiores, recorreu a uma consulta urgente de Neurologia onde foi diagnosticada polineuropatia periférica sensitiva secundária a estatinas, tendo indicação para suspensão imediata da terapêutica.

Dois meses depois, na consulta, referia completa remissão da sintomatologia. Sob

monoterapia com ezetimibe 10mg, apresentava um c-LDL de 187mg/dL. Com um risco cardiovascular elevado e esta recente indicação para evicção de estatinas, foi pedido evolucumab para aprovação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. Em consulta de reavaliação, já com dois meses de evolucumab 140mg 14/14 dias, apresentava um c-LDL de 99mg/dL. Apesar da indicação para suspensão de estatinas, tendo em conta o risco cardiovascular e o correspondente alvo de c-LDL não atingido, foi discutido com o doente a possibilidade de reiniciar estatina de potência intermédia, terapêutica previamente bem tolerada. Após equacionados os efeitos adversos possíveis/expectáveis e o risco da não optimização do perfil lipídico adequado ao doente, foi aceite a introdução de atorvastatina 10mg. Seis semanas após reinício de estatina de potência intermédia, sob terapêutica hipolipemiente tripla e sem qualquer intercorrência ou sintomatologia de novo, foi atingido o alvo terapêutico com um c-LDL de 35mg/dL.

Discussão e conclusões: A polineuropatia periférica associada a estatinas é uma entidade rara mas documentada e grave. Embora o tratamento passe normalmente pela rápida evicção do fármaco, o seu papel nesta patologia permanece controverso. Parece mais aceite que o uso prolongado de estatinas (superior a 1 ano) esteja associado a polineuropatia periférica subclínica mas electromiograficamente evidente, independentemente da estatina ou da dose administrada.

Neste caso clínico, foi possível equilibrar a eficácia comprovada das estatinas e dos alvos terapêuticos de c-LDL com os potenciais efeitos adversos associados a esta terapêutica. Isto mostra a enorme importância da discussão clínica com os doentes para a tomada de escolhas informadas de grande importância clínica.

PO 10

PROFILAXIA PRIMÁRIA NA SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA – IMPORTÂNCIA DA HIPOCOAGULAÇÃO PRECOZE

Beatriz Baptista Ribau; Inês Antunes; Teresa Alfaiate; Lélita Santos

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

Introdução: A Síndrome antifosfolipídica (SAF) consiste num distúrbio autoimune sistémico caracterizado pela existência de anticorpos (Ac) direcionados contra proteínas ligadas a fosfolípidos, caracterizada por trombose arterial, venosa ou microvascular. Condições como tromboembolismo venoso e acidente vascular cerebral em jovens, abortos precoces recorrentes e perdas tardias da gravidez devem fazer suspeitar de SAF. O diagnóstico é feito apresentando 1 critério clínico (trombose arterial, venosa ou morbidade obstétrica) juntamente com 1 critério laboratorial com identificação, no mínimo, de 1 dos 3 anticorpos antifosfolipídicos (anticoagulante lúpico, Ac anticardiolipina e Ac anti-beta2 glicoproteína I) em duas análises espaçadas no mínimo 12 semanas. O tratamento baseia-se na anticoagulação a longo prazo, com necessidade de controlo apertado de INR.

Caso: Homem de 48 anos, com antecedente de isquemia do membro inferior esquerdo por dissecação da íliaca comum esquerda com colocação de stent (2014), sob terapêutica com antiagregantes neste contexto. Tinha também obesidade grau II, sedentarismo, hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono e doença renal crónica estadio 3. Em contexto de consulta externa de nefrologia em 2021, por suspeita de Lúpus eritematoso sistémico, realizou estudo de autoimunidade, tendo apresentado positividade para os Ac anti-cardiolipina e anti-beta2 glicoproteína I. Em consulta de reavaliação, foi ponderado iniciar anticoagulação, contudo doente não reunia critérios clínicos de SAF, mantendo apenas antiagregação. Um ano depois, houve necessidade de internamento curto por pneumonia adquirida na comunidade, tendo realizado terapêutica profilática com enoxaparina.

Aproximadamente 1 mês e meio depois voltou ao serviço de urgência com quadro de dor gémelar à esquerda com uma semana de evolução associado a hemoptises, foi diagnosticada trombose venosa profunda segmentar do membro inferior esquerdo e tromboembolia pulmonar direita de risco intermédio-baixo, pelo que foi internado. Cumpriu terapêutica com enoxaparina, tendo tido alta hipocoagulada a longo prazo com varfarina.

Discussão/conclusão: A profilaxia primária de longo prazo em doentes que apresentam critérios laboratoriais mas sem trombose prévia é um tema controverso. Estudos demonstram que não há benefício, outros indicam ação protetora contra eventos trombóticos, sendo de grande importância a investigação de forma a melhorar a prática clínica e reduzir a morbimortalidade nestes casos.

PO 11

GESTÃO DA HTA: DESCOMPENSAÇÕES E INTERNAMENTOS ASSOCIADOS AO USO DE ANTIHIPERTENSIVOS

Andrea Naddaf Duarte; Patricia Lima; Beatriz Castanheira; Elena Pirtac; Francisca Delerue
HGO

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma condição crónica que representa um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares graves, como enfarte agudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca (IC). O controle adequado da pressão arterial, através da terapêutica antihipertensiva, desempenha um papel crucial na prevenção de descompensações clínicas e na redução das taxas de internamento hospitalar associadas a estas patologias.

Objetivos: Avaliar relação entre a terapêutica antihipertensiva e as descompensações da insuficiência cardíaca, AVC e enfarte agudo ao miocárdio com necessidade de internamentos.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e contínuo, baseado nos doentes de uma equipa do serviço de medicina III da especialidade de medicina interna, de Janeiro de 2022 a outubro de 2024.

Resultados: O estudo de coorte contou com 379 pacientes, correspondendo a 53.3% do sexo feminino, com mediana de idade de 76.99 anos, sendo a idade mínima 23 anos e a máxima 100 anos. Antes do internamento 43.6% tinha na terapêutica antihipertensora só 1 medicação, 21.1% 2 medicamentos e 0.9% mais de 2 antihipertensores, tendo a seguinte distribuição, 17,67% IECA, 13.19% ARA II, 13.98% bloqueadores dos canais de cálcio, 8.97% diuréticos, 3.16% betabloqueantes e 0.26% agonistas adrenérgicos. Após o internamento 59.6% apresentava só 1 medicação na terapêutica antihipertensora, 3.7% 2 medicamentos e 0.9% mais do que 2 medicamentos antihipertensores, seguindo a seguinte distribuição, 15.56% IECA, 2.11% ARA II, 25.32% bloqueadores dos canais de cálcio, 1.84% diuréticos, 1.84% betabloqueantes e 0.52% agonistas adrenergicos. Dos 379 doentes, 14 (3.69%) apresentaram reinternamento por IC, EAM ou AVC, sendo as causas de reinternamento de IC, 0.27% por incumprimento terapêutico e 99.73% por causas infecciosas.

Conclusão: A terapêutica antihipertensiva mostra-se fundamental para a prevenção de complicações graves decorrentes da hipertensão, como EAM, AVC e insuficiência cardíaca, condições que frequentemente resultam em hospitalizações e comprometimento da qualidade de vida. Os dados analisados reforçam que o tratamento contínuo e ajustado da hipertensão é essencial para prevenir descompensações e evitar internamentos, contribuindo assim para um manejo mais eficaz das doenças cardiovasculares e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

PO 12

MIOPATIA E ANGIOEDEMA

– RISCOS DA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ENFARTE

Inês Antunes; Inês Cruz; Lurdes Correia; Patrícia Mendes; Adélia Simão; Lélita Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A prevenção secundária após enfarte agudo do miocárdio (EAM) é crucial na redução da morbimortalidade e envolve múltiplos pilares farmacológicos, incluindo estatinas e inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA).

É essencial ponderar, no entanto, os efeitos adversos destes fármacos, como a miopatia induzida por estatinas (MIE) e o angioedema associado aos IECA, e individualizar a gestão do pós-EAM.

Descrição do caso: Homem, 56 anos, raça negra, avaliado no Serviço de Urgência por mialgias na região lombar, nos membros inferiores e fraqueza muscular há 4 dias. História de EAM com supradesnivelamento ST há 20 dias, com diagnóstico posterior de dislipidémia mista, hipertensão arterial e doença renal crónica, tendo iniciado ácido acetilsalicílico, ticagrelor, bisoprolol, ramipril, atorvastatina e fenofibrato.

Analicamente destacava-se creatinina cina-se 9751 U/L e aldolase 21.8 U/L, creatinina 2.27 mg/dL, LDH 519 U/L, AST 299 U/L e ALT 125 U/L. Perante a rabdomiólise, agudização da função renal e aumento das transaminases colocou-se a hipótese de miosite. Foram pesquisados os anticorpos associados, como anti-HMGCR, com resultado negativo. Suspendeu a estatina e fibrato, com melhoria clínica e analítica.

Durante o internamento apresentou edema labial súbito, admitindo-se angioedema bradicinérgico induzido por IECA e suspendeu o ramipril, com resolução do edema.

Pelas reações adversas à estatina e IECA e elevado risco cardiovascular, teve alta com ácido bempedóico, ezetimiba e amlodipina, e orientação para consulta externa.

Discussão e conclusões: A relação temporal

entre a introdução dos fármacos e o início da sintomatologia, associada à melhoria clínica após a sua suspensão, sugere tanto o diagnóstico inicial de MIE como de angioedema induzido por IECA. Em ambos os casos, a interrupção do fármaco é recomendada, pela gravidade e risco de recorrência. Aplicando o Statin-Associated Muscle Symptom Clinical Index verifica-se, neste doente, pontuação máxima, de 11 pontos.

Este caso sublinha a necessidade de vigilância clínica e individualização do tratamento do doente com elevado risco cardiovascular, especialmente na ocorrência de efeitos adversos graves como a MIE e o angioedema. É essencial ponderar os riscos e benefícios das terapêuticas utilizadas, sem descuidar a importância da prevenção secundária com alternativas farmacológicas hipolipemiantes e anti-hipertensoras.

PO 13

DOENÇA HEPÁTICA, DISFUNÇÃO METABÓLICA E RISCO CARDIOVASCULAR: ESTUDO DE PERCEÇÃO

Miguel Silva Cruz; Rafael Pinheiro Ramos;
Ana Gabriela Paupério; Rita Soares Costa;
Penélope Almeida

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

Introdução: A Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD) e a Esteatohepatite Associada à Disfunção Metabólica (MASH) são patologias hepáticas associadas aos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) como obesidade, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial e dislipidemia. Estima-se que 25% da população mundial tenha MASLD, chegando a 70% em subpopulações com DM2.

A escolaridade tem sido identificada como um fator protetor para a gestão de condições de saúde, uma vez que indivíduos com maior nível educacional tendem a ter melhor acesso a medidas preventivas e educação para a saúde.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento da população sobre MASLD/MASH, analisar a sua relação com os

FRCV e investigar a associação entre escolaridade e o número de FRCV. Investigou-se também a relação entre o nível de escolaridade e a percepção dos doentes face a estas patologias hepáticas.

Material e métodos: Realizou-se um estudo transversal com 59 participantes (28,8% do sexo masculino, idade média de $54,3 \pm 13,2$ anos), selecionados oportunisticamente durante uma ação de sensibilização para a MASLD/MASH realizada no Global Fatty Liver Day de 2024. Estes responderam a um questionário dividido em três seções: (1) características demográficas (idade, género, escolaridade), (2) FRCV (presença de hipertensão, colesterol elevado, DM2, obesidade), e (3) conhecimento sobre MASLD/MASH, avaliado através de 5 questões de escolha múltipla. A análise estatística foi realizada através do SPSS®, v.26.

Resultados e conclusões: A média de respostas corretas sobre MASLD/MASH foi de 86%, refletindo bom conhecimento. A maioria (55,9%) tinha pelo menos o 12º ano, e 67,8% apresentavam menos de dois FRCV. Verificou-se uma tendência de redução dos FRCV com a escolaridade ($p = 0,053$), no entanto foram também observadas associações entre idade e menor escolaridade ($p = 0,002$, $r = 0,44$) e idade e aumento de FRCV ($p = 0,022$, $r = 0,33$). Inesperadamente, a escolaridade não se associou ao maior conhecimento sobre MASLD/MASH ($p = 0,366$). Assim, a relação entre a escolaridade e a presença de FRCV poderá ser valiosa por si ou espelhar apenas a relação com a faixa etária. Todo modo, a idade é um fator não modificável, mas a escolaridade pode ser promovida, reforçando a necessidade de programas comunitários focados em estilos de vida saudáveis e conscientização sobre doenças hepáticas.

PO 14

INCIDÊNCIA DE LOE EM DOENTES COM HTA E DM

Andrea Duarte; Patricia Lima; Beatriz Castanheira; Elena Pirtac; Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HTA) são condições crônicas altamente prevalentes e frequentemente inter-relacionadas, com impacto significativo na morbimortalidade global. Ambas são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de lesões de órgão-alvo, incluindo complicações cardiovasculares, renais, neurológicas e oftalmológicas. A interação entre essas patologias amplifica o risco de disfunções orgânicas, tornando essencial a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e das implicações clínicas.

Objetivos: Avaliar relação entre Lesão de Órgão Alvo (LOA), DM2 e HTA

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e contínuo, baseado nos doentes de uma equipa do serviço de medicina III da especialidade de medicina interna, de Janeiro de 2022 a outubro de 2024.

Resultados: O estudo de coorte contou com 379 pacientes, correspondendo a 53.3% do sexo feminino, com mediana de idade de 76.99 anos, sendo a idade mínima 23 anos e a máxima 100 anos. Da coorte total, 15.83% apresentaram DM2, dessa percentagem de doentes com DM2 apresentaram complicações microvasculares: 74.4% 1 LOA, 17.9% 2 LOA e 7.7% mais do que 2, sendo as LOA registadas: nefropatia, polineuropatia e retinopatia diabética. Em relação as complicações macrovasculares (Enfarto Agudo do Miocárdio – EAM e Acidente Cerebrovascular – AVC), 3.96% apresentou EAM e 9.23% AVC. Nesse grupo de doentes com DM, 1.84% apresentou tanto complicações microvasculares como macrovasculares. Por outra parte, 36.09% apresentaram HTA, desses doentes com HTA, 7.8% apresentaram cardiopatia hipertensiva.

Conclusão: A análise realizada reforça o impacto significativo da diabetes mellitus e da hipertensão arterial no desenvolvimento de

lesões de órgão-alvo, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada no cuidado a esses pacientes. A identificação precoce de fatores de risco e a adoção de estratégias terapêuticas personalizadas podem mitigar a progressão dessas complicações e melhorar os desfechos clínicos.

PO 15

HIPERTENSÃO E PERFIL CARDIOVASCULAR EM ADULTOS JOVENS

Tiago Ferreira; Roman Khomynets; Fátima Veloso; Ana Tornada
ULSSM

Doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade no mundo. Estudos recentes mostraram que há uma incidência crescente de DCV em idades mais jovens nas últimas décadas. No entanto, atualmente não existe nenhuma ferramenta para cálculo de risco cardiovascular validada para esta população.

O presente estudo, observacional, descritivo e transversal, teve como objetivo caracterizar uma população de adultos jovens que iniciaram seguimento em consulta hospitalar entre 2021 e 2024, quanto ao seu perfil tensional, tendo realizado monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) de 24h, e principais fatores de risco cardiovascular. Foram avaliados 119 doentes consecutivos, com uma média de idade de 31 ± 6 anos, 53% do sexo feminino, sendo a maioria (82%) de raça caucasiana. 13% apresentavam hábitos tabágicos ativos ou pregressos, sendo que 34% apresentavam sobrepeso e 31% algum grau de obesidade, segundo o índice de massa corporal. Quanto à hipertensão arterial (HTA), 64% dos doentes encontrava-se a tomar pelo menos 1 classe anti-hipertensora. Dos que não se encontravam a realizar terapêutica, 18,2% apresentavam no MAPA tensão arterial normal-alta, 13,6% apresentavam hipertensão grau I, 2,3% grau II e 2,3% grau III. Relativamente à MAPA, 53,7% dos doentes (medicados e não medicados) apresentavam HTA, 11% apenas durante o período noturno e os restantes durante o período diurno ou nas 24h, e em 29,7% exclusivamente à

custa da pressão arterial diastólica. A maioria dos doentes apresentava um padrão dipper (56,3%), 25,2% um padrão não-dipper, e 18,9% extreme-dipper. Relativamente ao perfil lipídico, 57% apresentavam níveis de LDL > 100 mg/dL e 34% entre 70 e 100 mg/dL, sendo que 10% tomava terapêutica anti-dislipidemiante. 4 doentes tinham tido um evento cardiovascular.

Este estudo revelou uma prevalência elevada de fatores de risco cardiovascular numa população jovem que frequenta consultas hospitalares especializadas, configurando esta uma oportunidade para abordar de forma holística o doente na quantificação e estimação do risco cardiovascular, e otimizar quer a abordagem não farmacológica, quer a terapêutica farmacológica, de forma a prevenir o desenvolvimento de lesões de órgão-alvo subclínicas, causa de importante morbi-mortalidade. É necessário identificar características de alto risco que prevejam o seu início precoce, e a criação de escalas práticas e acessíveis como o SCORE2, permitindo a estratificação de risco cardiovascular de forma simples e generalizada, contribuindo para a gestão integrada do doente adulto jovem.

PO 16

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO: CORRIDA CONTRA O TEMPO

Fabiola Maria de Almeida Figueiredo; Ângela Mota; Cláudio Quintaneiro; Rachel Silvério; Ricardo Lavajo; Carla Eira; Inês Dinis; Inês Albergaria; Maria Inês Pires; Sónia Santos; Joana Capelo; Edite Nascimento; Jorge Miguel Sequeira
Centro Hospitalar Tondela Viseu

O Tromboembolismo Pulmonar consiste na obstrução de uma das artérias pulmonares, impedindo desta forma a normal circulação sanguínea. Quando assume uma condição maciça, registos indicam que a mortalidade hospitalar ultrapassa 30%. O principal mecanismo conducente ao óbito é a disfunção do ventrículo direito.

Caso de doente do sexo masculino, 47 anos, caucasiano, previamente cognitivamente íntegro e autónomo. Operário. Insuficiência

Venosa Crónica, sem medicação habitual. Pai vivo, com Hipertensão Arterial diagnosticada e mãe falecida aos 58 anos, morte súbita e autópsia inconclusiva, Insuficiência Venosa Crónica e Hipertensão Arterial diagnosticadas. Admitido num Serviço de Urgência de um Hospital central em Setembro 2024, após abordagem no local de trabalho por reporte de síncope com 2 episódios convulsivos associados. Com mordedura da língua e hipoglicémia revertida medicamentosamente no local. Hipotenso, agitado e sudorético. Doente referiu dor gemelar direita esquerda dias antes, com dificuldade à marcha.

Abordagem por Equipa de Emergência Intra-Hospitalar à chegada ao Hospital. Doente confuso, agitado, com taquicardia e má perfusão periférica. Cardiologia realiza ecocardiograma à cabeceira e identifica dilatação das cavidades direitas, colocando-se a hipótese de Tromboembolismo Pulmonar. Gassimetricamente com oxigenoterapia a 4L/m apresentava acidose metabólica.

Em Angiografia do Tórax identificado Tromboembolismo bilateral maciço e iniciada fibrinólise ainda no Serviço de Imagiologia. No retorno à Sala de Emergência apresentou paragem cardio-respiratória, em assistolia. Iniciadas manobras de Suporte Avançado de Vida. Após um ciclo, ritmo disbrilável, ciclos posteriores em assistolia. Pulso recuperado após 56 minutos de manobras. Novo episódio de paragem cardio-respiratória cerca de 10 minutos após e nova recuperação após 8 minutos de manobras.

Medicina Intensiva regista status pós paragem cardio-respiratória secundária a Tromboembolismo Pulmonar e choque obstructivo. Sem indicação para outras medidas e por inexistência de vagas, proposta transferência para outro Serviço de Medicina Intensiva. Doente sob aminas e gestão de coagulopatia com Heparina não fraccionada de baixo peso molecular.

No momento da transferência, doente entra de novo em paragem cardio-respiratória, mas dadas as necessidades de suporte em crescendo e sem melhoria do quadro, assumiu-se falên-

cia multiorgânica e quadro de irreversibilidade, não se encontrando mais valias na reanimação, declarando-se posteriormente o óbito. Conclui-se que doentes com instabilidade hemodinâmica e disfunção do ventrículo direito, caracterizando Tromboembolismo Pulmonar maciço, representam o subgrupo de pior prognóstico. Salienta-se a importância de suspeitar do diagnóstico com base na clínica, podendo ser inespecífica e nos fatores de risco, mesmo em doentes jovens.

ORGANIZAÇÃO



PRESIDENTE DA REUNIÃO

Patrícia Vasconcelos

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Tornada
Daniela Madeira
Francisca Abecassis
Francisco Nóvoa
Joana Paulo

Patrícia Mendes
Rodrigo Leão
Rogério Ferreira
Rui Valente
Vitória Cunha

COMISSÃO CIENTÍFICA

Diogo Cruz
Fátima Pinto
Fernando Martos Gonçalves
Francisco Araújo
Joana Pimenta
João Porto
José Pereira de Moura

Manuel Teixeira Veríssimo
Nuno Bragança
Pedro Von Hafe
Teresa Mesquita
Vitória Cunha

MAJOR SPONSOR



SPONSORS

 A. MENARINI PORTUGAL	 AMARIN	 AstraZeneca	 Bial 100 YEARS
 NOVARTIS	 RECORDATI	 Roche	 TECNIFAR
 ultragenyx	 VIATRIS		

APOIO



SECRETARIADO



elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt