ISSN: 1646-8287

NÚMERO 73

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension

REVISTA PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR

14º

CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

INTERNATIONAL MEETING ON HYPERTENSION AND GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK

6 a **9** Fevereiro
2020

Hotel Tivoli Marina Vilamoura

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension
www.sphta.org.pt

Secretariado Executivo:
Veranatura – Conference Organizers
Rua Augusto Macedo, 12-D Escritório 2 - 1600-503 Lisboa
Tel.: +351 217 120 778 cidaliampacheco@veranatura.pt

SETEMBRO/OUTUBRO 2019

6
ARTIGOS ORIGINAIS

Evolução do Controlo Tensional dos Utentes Hipertensos de uma USF no Biénio 2016-2017

Blood Pressure Control Evolution of Hypertensive Patients in a Primary Care Unit from 2016 to 2017

ATERLIP - Avaliação da Adequação Terapêutica Antidislipidémica numa Unidade de Saúde Familiar

ATERLIP – Drug Use Evaluation of Antidyslipidemic Agents at a Primary Care Center

23
CASOS CLÍNICOS

Por Trás da Hipertensão Arterial - A Propósito de um Caso Clínico

Behind the Arterial Hypertension - About a Clinical Case

Quando Proteinúria de Longa Data é a Causa e Não Consequência da Hipertensão Resistente

When Long-Standing Proteinuria is the Reason and not Consequence of Resistant Hypertension

FICHA TÉCNICA
Revista Médica Bimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12 do D. R. nº 8/99 de Junho de 1999.

ISNN 1646-8287

N.ºs avulsos: 10€
Assinatura anual: 35€
Tiragem: 5.000 exemplares
Depósito legal: 265384/07
Propriedade:
Grande Mensagem, Edições e Publicidade, Lda.
Av. Bombeiros Voluntários, n.º 52, Loja 8 Sala G
1495-022 Algés
Tel: 91 439 81 85
Fax: 21 357 90 21
E-mail: revphip@gmail.com
Design gráfico:
Inês Almaça Tlm: 91 485 46 00
E-mail: inesalmaca@hotmail.com

Impressão:
CMYKGLOSS Impressores, Lda.
Estrada de Barros, Elospark, Pav. 6
2725-193 Algueirão - Mem Martins
Tel: 21 926 15 97/8
Fax: 21 926 15 99
E-mail: geral@cmyk.pt

Editor Chefe / Editor-in-Chief
Prof. J. Braz Nogueira

Editor Adjunto / Deputy Editor
Dr. Vitor Ramalhinho

Conselho Científico Nacional e Internacional
National and International Scientific Board
Prof. Manuel Carrageta
Prof. Luís Martins
Prof. Fernando Pádua
Prof. Gorjão Clara
Prof. Pereira Miguel
Prof. Martins Prata
Prof. Rocha Gonçalves
Prof. Victor Gil
Prof. Luciano Ravara
Prof. Salgado Borges
Prof. Rui Carrapato
Prof. Jose Juanatey
Prof. Josep Redon
Prof. Fernando Nobre
Prof. Pinto Carmona
Prof. Agostinho Monteiro
Prof. Massano Cardoso
Prof. Luz Rodrigues
Prof. Jorge Polónia
Prof. Manuel Bicho
Prof. José Luís Medina
Prof. Davide Carvalho
Prof. Luís Sobrinho
Dr. Alcindo Maciel Barbosa
Dr. João Saavedra
Dr. Vital Morgado
Dr. Mariano Pego
Dr. Rasiklal Ranchhod
Dr. Lacerda Nobre
Dr. Pastor Santos Silva
Dr. António Jara

Conselho Redactorial / Editorial Board
Prof. Pinto Carmona
Prof. Agostinho Monteiro
Prof. Massano Cardoso
Prof. Jorge Polónia
Prof. Manuel Bicho
Prof. José Luís Medina
Prof. Davide Carvalho
Dr. Luís Calçada Correia
Dr. José Nazaré
Dr. Jorge Cotter
Dra. Teresa Fonseca
Dr. João Maldonado
Dr. Carlos Moreira
Dr. Mesquita Bastos
Dr. José Alberto Silva
Dra. Paula Amado
Dra. Paula Alcântara
Dra. Teresa Rodrigues
Dr. Pedro Marques da Silva
Dr. Fernando Pinto
Dr. Pedro Guimarães Cunha

EDITORIAL

No presente número da nossa Revista, o primeiro pós férias, publicam-se 2 interessantes estudos observacionais, retrospetivos, transversais realizados em Unidades de Saúde Familiar. No de Mafalda Gonçalves e colabs. da USF Anta faz-se a avaliação, em 267 utentes com dislipidemia, da terapêutica antidislipidémica nomeadamente adequação da prescrição, adesão à terapêutica e controlo lipídico conseguido. De realçar o controlo lipídico em cerca de 68% e uma boa adesão à terapêutica em mais de metade dos casos sendo, contudo, a prescrição considerada adequada em apenas metade dos casos o que chama a atenção para a importância dos médicos de família na implementação de terapêuticas individualizadas e de estratégias de adesão à terapêutica prescrita para se atingir o controlo lipídico recomendado. Ana Oliveira e colabs. da USF Vale do Vouga analisam, por seu lado, a evolução do controlo tensional de 1836 utentes hipertensos durante um biénio, tendo verificado uma elevada prevalência de hipertensos controlados - 72% no 1º ano e 76% no 2º - tendo-se mantido controlados durante o biénio 62%, percentagem esta que aumentava para 66% quando se excluíam os hipertensos com idade igual ou superior a 75 anos. Foi também analisada a coexistência de outros factores de risco e o tipo de medicação e número de anti-hipertensivos por doente. 35% dos hipertensos não controlados estavam medicados com pelo menos 3 fármacos incluindo diurético, o que entra na definição de hipertensão resistente, mas em 70% não tinham sido atingidas as doses máximas. A concluir os autores referem a importância que, na sua perspectiva, estudos semelhantes poderão ter para uma mais eficaz abordagem destes doentes. De salientar ainda nestes 2 estudos, avaliando à partida utentes com dislipidemia num deles e com hipertensão no outro, uma coexistência semelhante destas duas patologias.

Por fim publicam-se 2 casos clínicos que merecem atenção especial. O descrito por Diana Rato e colabs. sobre uma possível hipertensão secundária a feocromocitoma baseada em dados analíticos e imagem de TAC e que acabou por não se confirmar, e o de Rafael Silva e colabs., do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sobre uma causa rara de hipertensão, secundária a nefropatia IgM, em doente com proteinúria persistente e hipertensão resistente, muito bem documentado e com imagens de biopsia renal características.

A terminar recordo a data do nosso próximo Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular - 6 a 9 de Fevereiro de 2020 em Vilamoura.

Braz Nogueira

EVOLUÇÃO DO CONTROLO TENSIONAL DOS UTENTES HIPERTENSOS DE UMA USF NO BIÉNIO 2016-2017

BLOOD PRESSURE CONTROL EVOLUTION OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN A PRIMARY CARE UNIT FROM 2016 TO 2017

Ana Oliveira[1], Mariana Bessa[1], Rosa de Pinho[2]

1 -Internas de formação específica em Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Vouga; 2- Assistente graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Vouga

Correspondência: *Ana Oliveira, diasaoliveira@gmail.com*

Resumo

Introdução: *A hipertensão arterial é um problema muito prevalente nos cuidados de saúde primários e alvo de programas de ação específicos e coordenados. Os principais estudos de prevalência e controlo tensional baseiam-se sobretudo em medições pontuais e aleatórias, não sendo valorizada a evolução do doente no seu percurso e história de doença. O estudo PHYSA (1) realçou que apenas 42.5% dos doentes estudados, e sob terapêutica medicamentosa, estavam controlados; no estudo nos Cuidados de Saúde Primários (2) com uma prevalência de 35.6% doentes tratados e controlados, sugere a possibilidade de uma certa inércia na prescrição dos antihipertensores. Os indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários apresentavam, até 2017, um valor alvo para controlo tensional no doente com idade inferior a 65 anos de 150/90mmHg, sendo este um valor superior ao que é recomendado pelas sociedades nacionais e internacionais.*

Objetivo: *Conhecer a evolução do controlo tensional dos utentes hipertensos da USF Vale do Vouga no biénio 2016-2017.*

Material e métodos: *Trata-se de um estudo observacional, retrospetivo, transversal e descritivo. Dos 2251 (21.6%) utentes hipertensos (codificados como K86 – hipertensão sem complicações/K87 – hipertensão com complicações) da USF Vale do Vouga, 1836 (81,5%) eram seguidos em consulta, sendo que 415 utentes foram excluídos uma vez que não tinham pelo menos uma consulta por semestre em 2016 e em 2017; tinham registos incompletos ou tiveram o diagnóstico de hipertensão durante o biénio em estudo. Os dados foram recolhidos através do MIM@UF® e SClínico®, referentes ao período de 1/01/2016 a 31/12/2017. Foram analisadas as médias de pressão arterial de cada utente dos 1ºs e 2ºs semestres de 2016 e de 2017 respetivamente e foram considerados controlados os utentes cujas médias eram inferiores a 140/90mmHg; recolheram-se dados relacionados com médico de família, comorbilidades, idade e terapêutica em curso.*

Resultados: *Em 2016 e em 2017, a prevalência de utentes controlados era de 72.6% e de 76.4%, respetivamente. Destes, 62.1% mantiveram-se controlados durante o biénio. No entanto, 13.5% utentes não estavam controlados em 2016 e mantiveram-se acima do valor tensional alvo em 2017. Este grupo era maioritariamente (54.7%) do sexo feminino e com idade inferior a 85 anos (82,1%). Dos utentes com idade inferior a 75 anos, 66.1% mantiveram-se controlados no biénio e 10.7% mantiveram-se acima do valor alvo no biénio. As comorbilidades mais prevalentes eram dislipidemia (T93), excesso de peso (T83), obesidade (T82), a diabetes não insulinodependente (T90) e a glomerulonefrite/nefrose (U88). Dos 133 utentes (10.7%) com idade inferior a 75 anos e não controlados durante o biénio, 69 utentes (51.9%) mantiveram-se não controlados durante os 4 semestres do biénio e 46 utentes (34.6%) estavam medicados com 3 classes de fármacos incluindo um diurético.*

Conclusão: *O controlo da pressão arterial na USF Vale do Vouga é superior à realidade nacional, apesar da dificuldade em cumprir com o contratualizado em gastos com medicação antihipertensora. Este estudo apresenta uma visão global dos utentes hipertensos na USF e permitiu conhecer os utentes que recorrentemente apresentam valores tensionais superiores ao alvo. Permitiu ainda sensibilizar os profissionais para a importância do controlo tensional desde a avaliação correta da pressão arterial na consulta ao combate à inercia do médico face aos utentes não controlados.*

Palavras-chave:
Tratamento,
Hipertensão,
Controlo,
Prevalência

Abstract

Introduction: *Hypertension is a common problem in primary care and the feature of specific and organized health programs. The main studies aiming at prevalence and blood pressure target control are based on random and sporadic measures. The individual evolution hasn't been valued in its natural health course. Physa and a primary care service study have claimed that only 42.5% and 35.6% of patients respectively were treated and under control, suggesting that there may be some inertia among prescribers treating hypertension. The primary care services have contractualized in 2017 a blood pressure target superior to the one either national or international societies guidelines have recommended.*

Objectives: ***T****he aim of this study was to define the evolution of blood pressure control in hypertensive patients at USF Vale do Vouga during 2016 and 2017.*

Methods: *It was an observational, retrospective, transversal and descriptive study. Of the 2251 (21.6%) hypertensive patients coded K86 (hypertension without organ damage) or K87 (hypertension with organ damage) at USF Vale do Vouga, 415 were excluded based on*

predefined criteria (incomplete data, diagnosis during the time of the study or fail to attend an appointment in each semester in 2016 and in 2017). A total of 1836 patients (81.5%) were accepted for this study. Data was collected from MIM@UF® and SClínico® databases, regarding the period from 1/01/2016 to 31/12/2017. The mean blood pressure of each patient in the 1st and 2nd semesters in 2016 and in 2017 respectively was analyzed and the patients whose mean values were lower than 140/90mmHg were considered as controlled. The patient`s family doctor, their comorbidities, age and antihypertensive therapeutics were also analyzed.

Results: *In 2016, 72.6% were controlled and in 2017, 76.4% were under blood pressure target. Of these, 62.1% remained under blood pressure target during the biennium. However, 13.5% of patients were above target in 2016 and remained above target in 2017. These patients were mainly women (54.7%) and younger than 85 years old (82.1%). Of those younger than 75 years old, 66.1% patients remained under target for the whole biennium. On the other side, 10.7% remained above target for the same period. The main comorbidities were dyslipidemia (T93), overweight (T83), obesity (T82), diabetes (T90) and renal damage (U88). Of the 133 (10.7%) patients younger than 75 years and above target during the biennium, 69 patients (51.9%) remained above target for the 4 semesters under evaluation. Of those, 46 patients (34.6%) were treated with three or more drugs including a diuretic.*

Conclusion: *Blood pressure target control at USF Vale do Vouga is better than national published data, in spite of failing with what had been contractualized concerning treatment costs. This study presents a global management of hypertensive patients and abled us to know those who have consecutively over target blood pressure measurements. It also calls all health care workers attention on the way blood pressure is measured, the best treatment options and reducing prescriber's inertia in relation to over target patients.*

Keywords:
Treatment, Hypertensive, Targeted blood pressure, Prevalence

Introdução

A prevalência de utentes hipertensos e do seu controlo foi caracterizado nos cuidados de saúde primários em dois estudos nos anos de 2011-2012 (1) e de 2013 (2), apresentando como valores de referência de prevalência de diagnóstico 42.2% (1) e 26.9% (2) e como valores de referência de controlo 42.5% (1) e 35.6% (2) respetivamente.

O controlo dos utentes hipertensos tem sido também uma prioridade contratualizada com as unidades dos cuidados de saúde primários, mas até ao final de 2017, o indicador lia como valor tensional alvo, o valor 150/90mmHg, registado no último semestre, nos utentes com idade inferior a 65 anos. Valor esse, superior ao definido pelas orientações nacionais e internacionais da abordagem terapêutica da hipertensão. Desta forma, não era do conhecimento das unidades de saúde, a verdadeira prevalência de hipertensos com pressão arterial inferior ou igual a 140/90mmHg.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo conhecer a evolução do controlo tensional dos utentes hipertensos da USF Vale do Vouga no biénio 2016-2017.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, retrospetivo, transversal e descritivo. Tem como população os utentes hipertensos (codificados como K86 – Hipertensão sem complicações ou K87- Hipertensão

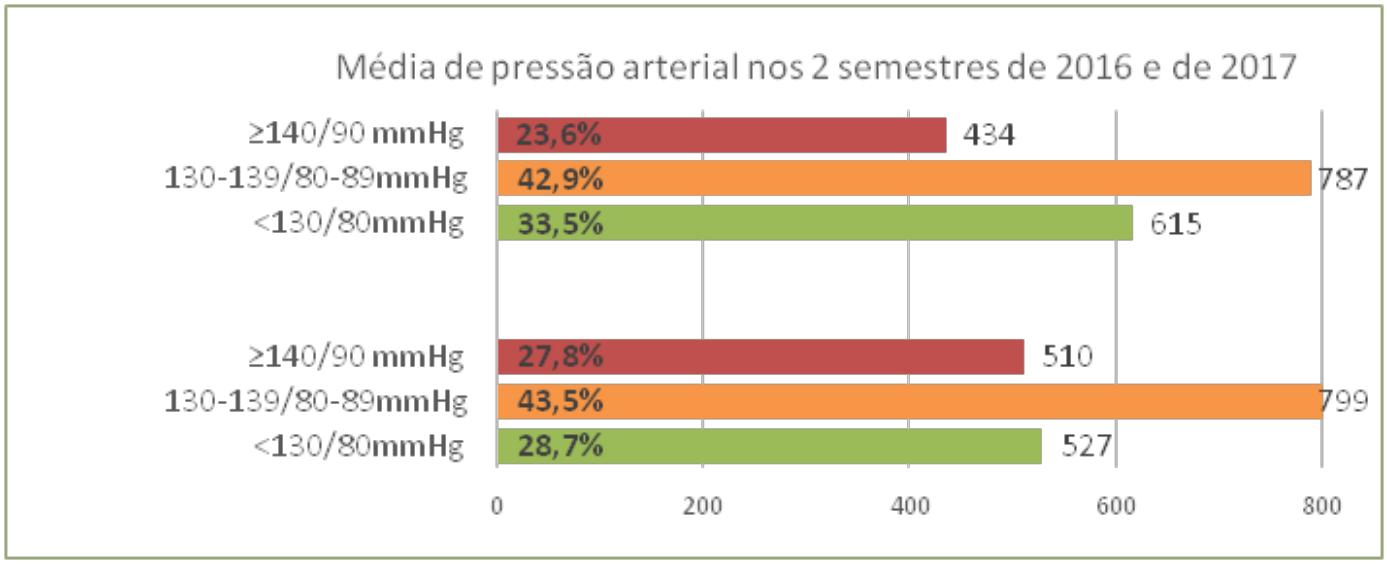


Gráfico 1: Média de pressão arterial nos 2 semestres de 2016 e de 2017, MIM@UF®, 31/01/2018

com complicações) inscritos na USF Vale do Vouga no biénio 2016-2017 com idade superior a 18 anos. Foram incluídos os utentes hipertensos inscritos na USF Vale do Vouga e excluídos aqueles que não cumpriram com uma consulta por semestre em 2016 e em 2017, respetivamente; os que tinham registos incompletos e aqueles hipertensos que foram diagnosticados durante o biénio em estudo. Os dados foram recolhidos através dos programas informáticos MIM@UF® e SClínico® e o período do estudo foi de 1/01/2016 a 31/12/2017. Os dados foram analisados utilizando Microssoft Excel 2013®. Foram avaliadas as médias de pressão arterial em 2016 e 2017, tendo em consideração o último valor de pressão arterial registado no 1º semestre (01/01 – 30/06) e no 2º semestre (01/07-31/12) de cada um dos anos em estudo. O valor médio foi posteriormente categorizado em 3 perfis: inferiores a 130/80mmHg, 130 a 139/80 a 89mmHg e valores iguais ou superiores a 140/90mmHg, sendo os da última categoria considerados como não controlados. Foi também recolhida informação relativa às comorbilidades codificadas e associadas com um risco cardiovascular superior, idade dos utentes, médico de família e prescrição em curso durante o biénio do estudo através do histórico das prescrições anteriores no SClínico®.

Resultados

Dos 2251 utentes hipertensos, que constitui 21.6% dos utentes adultos da USF, foram incluídos 1836 utentes (81,5%) por cumprirem os critérios definidos na metodologia. Dos 415 utentes excluídos: 382 não apresentavam uma medição por semestre em 2016 e em 2017; 31 foram diagnosticados durante o período do estudo e 2 apresentavam dados incompletos.

No ano de 2016 a USF apresentava globalmente uma prevalência de 72,2% controlados e em 2017 uma prevalência de 76,4% utentes

	2016			2017			Total	%
	<130/80mmHg	130-139/80-89mmHg	≥140/90mmHg	<130/80mmHg	130-139/80-89mmHg	≥140/90mmHg		
T93 - Alteração do metabolismo dos lípidos	403	597	393	469	602	322	1393	75,9
T83 - Excesso de peso	185	314	168	221	293	153	667	36,3
T82 - Obesidade	178	271	182	205	266	160	631	34,4
T90 - Diabetes não insulino-dependente	153	226	181	189	213	158	560	30,5
U88 - Glomerulonefrite / nefrose	52	83	93	70	91	67	228	12,4
P17 - Abuso do tabaco	34	87	51	58	72	42	172	9,4
K92 - Aterosclerose / doença vascular periférica	51	60	51	49	67	46	162	8,8
K78 - Fibrilhação / flutter auricular	47	39	30	54	40	22	116	6,3
F83 - Retinopatia	27	35	36	37	36	25	98	5,3
K74 - Doença cardíaca isquémica com angina	28	34	28	42	27	21	90	4,9
K90 - Trombose / acidente vascular cerebral	26	27	33	29	35	22	86	4,7
K77 - Insuficiência cardíaca	18	31	31	30	31	19	80	4,4
K76 - Doença cardíaca isquémica sem angina	25	25	21	27	27	17	71	3,9
P15 - Abuso crónico do álcool	10	32	18	18	24	18	60	3,3
K91 - Doença vascular cerebral	15	22	20	21	20	16	57	3,1
K75 - Enfarte agudo do miocárdio	12	12	14	18	11	9	38	2,1
T89 - Diabetes insulino-dependente	4	12	9	7	10	8	25	1,4
K89 - Isquémia cerebral transitória	5	8	6	3	11	5	19	1,0
U90 - Albuminúria / proteinúria ortostática	2	2	4	1	3	4	8	0,4
P19 - Abuso de drogas	0	3	0	0	1	2	3	0,2

Tabela 1: Comorbilidades codificadas e associadas a risco cardiovascular superior dos utentes incluídos no estudo. [Os tons mais escuros representam os subgrupos com maior número de utentes e os tons mais claros representam os subgrupos com menor número de utentes.]

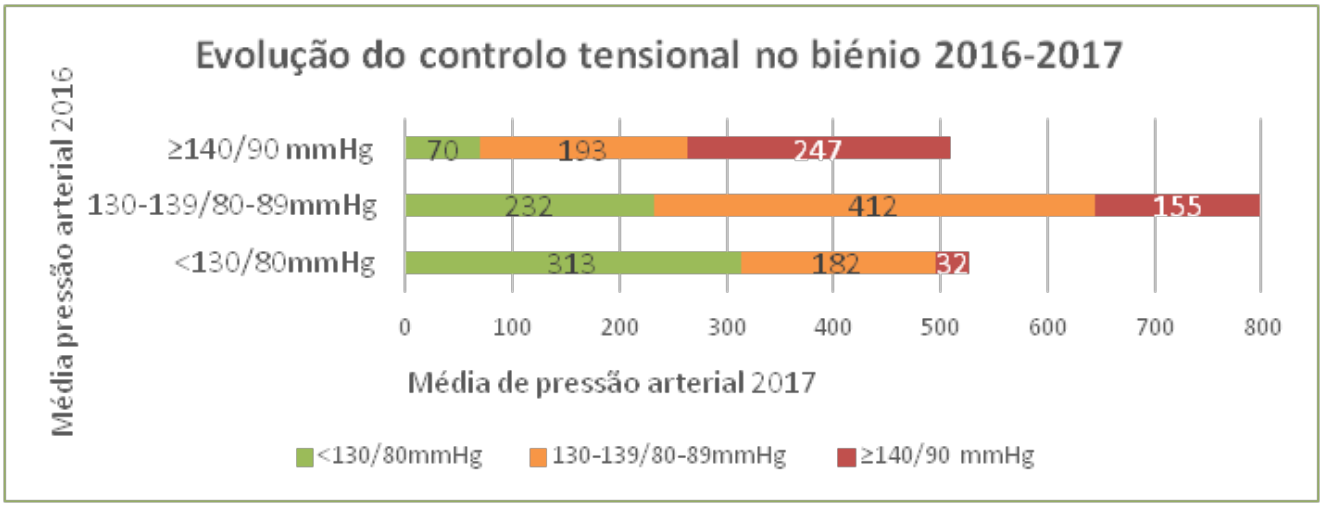


Gráfico 2: Evolução do controlo tensional no biénio 2016-2017, MIM@UF®, 31/01/2018

hipertensos controlados (gráfico 1).

Foram também analisadas as comorbilidades codificadas que representam um aumento do risco cardiovascular dos utentes hipertensos, sendo as mais prevalentes a dislipidemia (T93 - Alteração do metabolismo dos lípidos – 75,9%); o excesso de peso (T83 – 36,3%); a obesidade (T82 - 34,4%); a diabetes mellitus não insulinodependente (T90 – 30,5%) e a lesão renal (U88 - Glomerulonefrite/nefrose – 12,4%). Nota-se contudo, no ano de 2017 uma transição de um maior número de utentes para as categorias com pressão arterial inferior a 140/90mmHg, no sentido de um melhor controlo tensional entre os utentes com risco cardiovascular superior (tabela 1).

Quando considerada a evolução no biénio dos utentes hipertensos, a prevalência de utentes controlados diminuiu para 62,1% (gráfico 2). Realça-se ainda a prevalência de utentes que não estavam controlados em 2016 e que se mantiveram acima do alvo terapêutico em 2017 (13.5%) (gráfico 2).

Destes 247 utentes, não controlados durante o biénio 2016-2017, 54,7% utentes eram do sexo feminino e 53,8% utentes tinham idade inferior a 75 anos. Depois de excluídos os utentes com idade superior ou igual a 75 anos, a prevalência de controlo no biénio aumentou para 66,1% e a prevalência de não controlados no biénio diminui de 13.5% para 10,7%.

Foram analisados os utentes não controlados por médico de família, havendo 3 médicos (A,D,G) que se destacam com uma menor prevalência de utentes não controlados (gráfico 4).

Em seguida foram analisadas os valores individuais de pressão arterial por semestre dos utentes não controlados no biénio 2016-2017, sendo que no 1º semestre 2016 a média foi de 149,3/85,3 (±14,05/9,95) mmHg e no 2º semestre de 2016 a média foi de 147,8/83,05 (± 12,96/10,4) mmHg; no 1º semestre de 2017 a média foi de 150,1/83,05 (± 13,51/10,88) mmHg e no 2º semestre de 2017

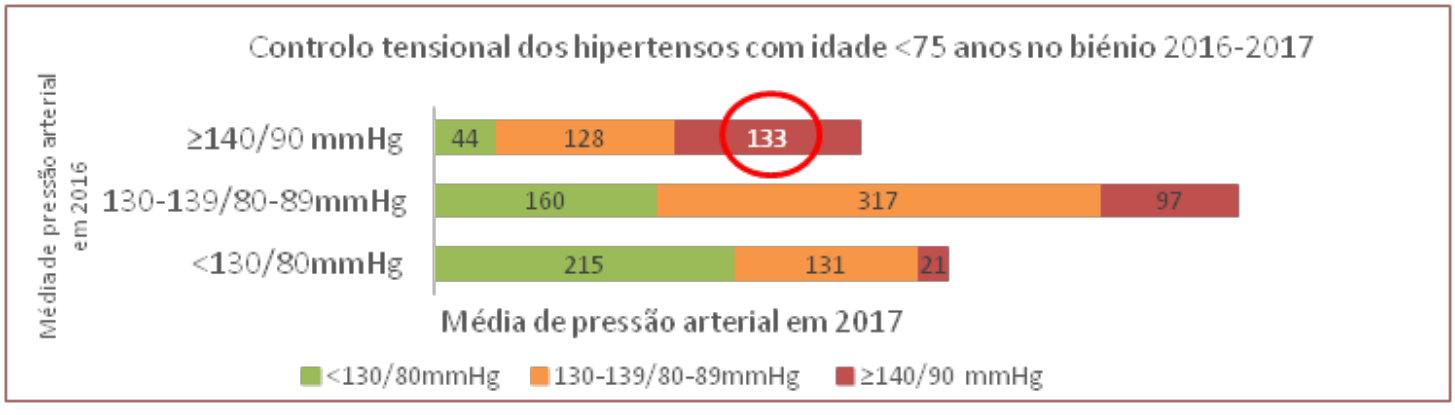


Gráfico 3: Controlo tensional dos hipertensos com idade <75 anos no biénio 2016-2017, MIM@UF®, 31/01/2018

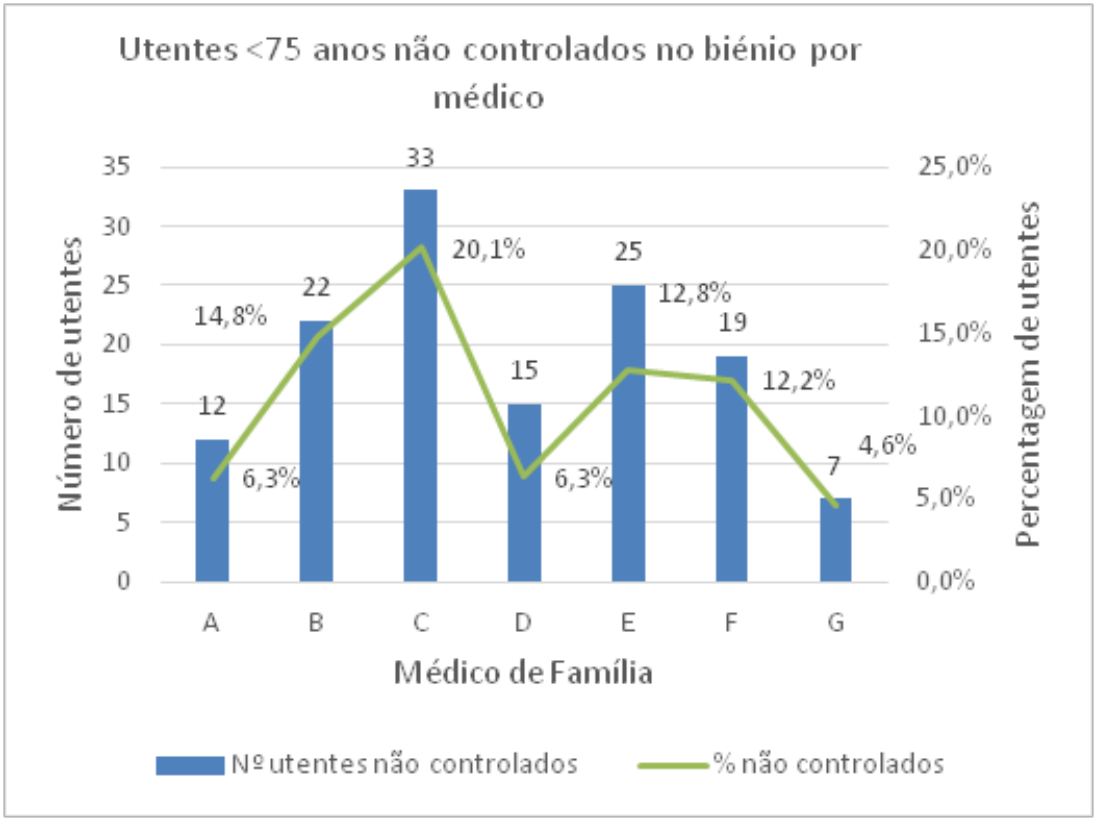


Gráfico 4: Utentes <75 anos não controlados no biénio por médico, MIM@UF®, 31/01/2018

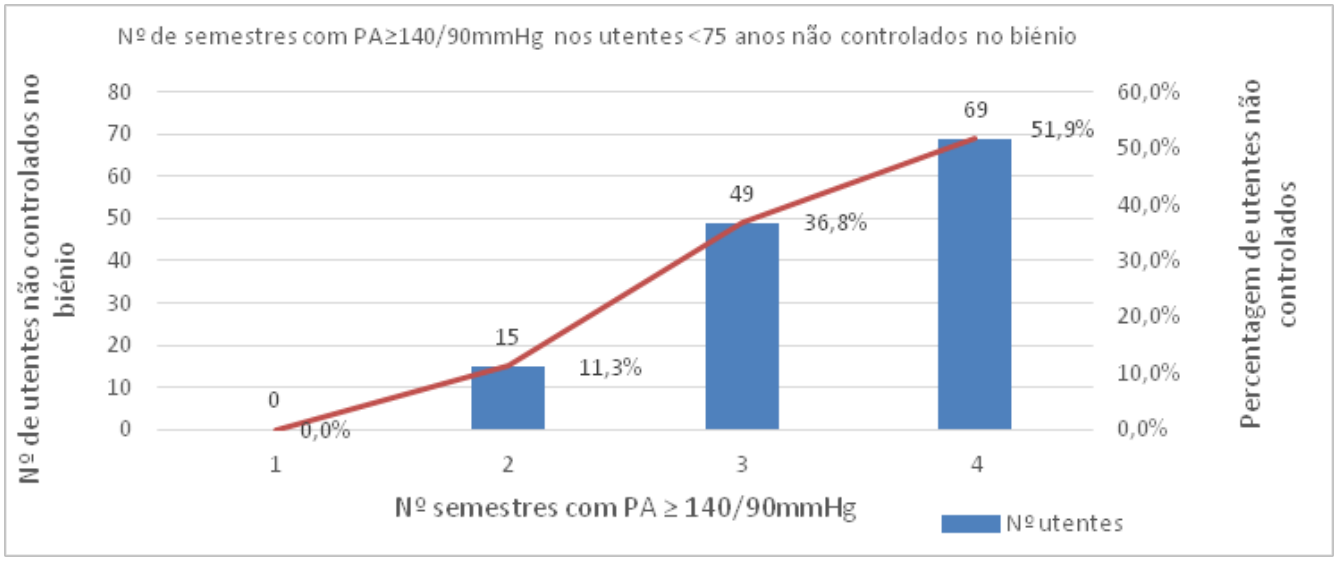


Gráfico 5: Número de semestres com PA≥140/90mmHg nos utentes <75 anos não controlados no biénio, MIM@UF®, 31/01/2018.

a média foi de 146,8/82,71 (±11,85/10,91) mmHg. Destes utentes a maioria (51,9%), apresentava valores absolutos acima do alvo terapêutico nos 4 semestres em estudo (gráfico 5).

Dos utentes não controlados no biénio, 25 utentes (18,8%) apresentavam controlo tensional no último semestre do estudo e 7 utentes (5,3%) tinham em algum semestre pressão arterial sistólica

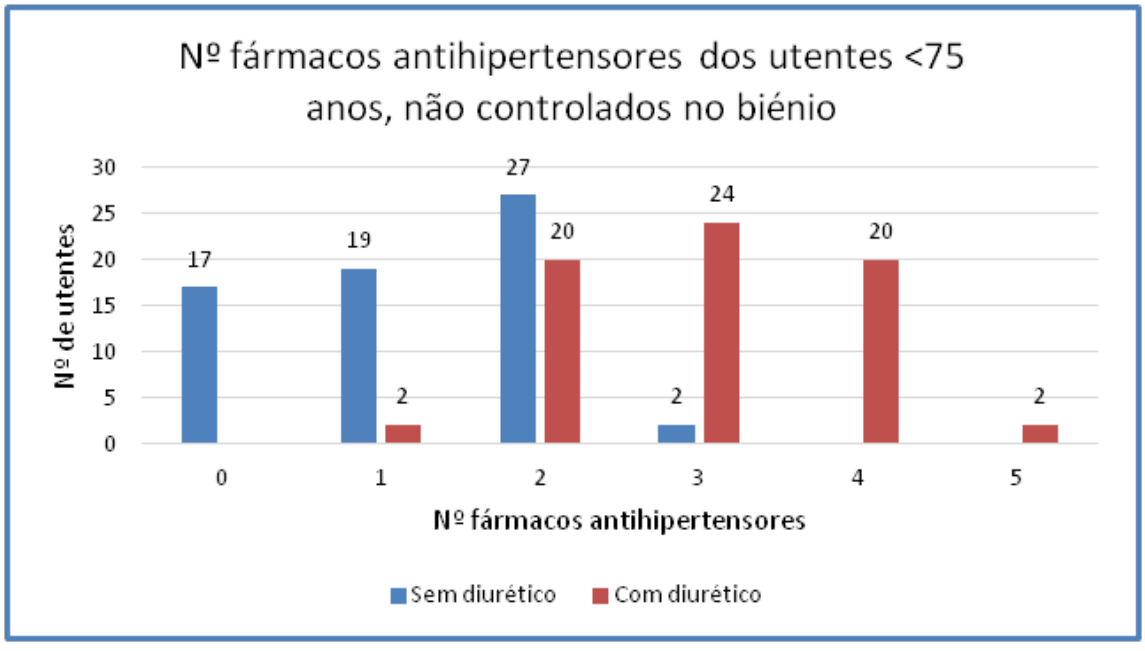


Gráfico 6: Número de fármacos antihipertensores dos utentes <75 anos, não controlados no biénio. Sclinico®, 31/01/2018

inferior ou igual a 110mmHg ou pressão arterial diastólica inferior ou igual a 60mmHg.

Por fim, foi analisada a terapêutica em curso dos utentes não controlados no biénio 2016-2017, 46 utentes (34,6%) estavam medicados com pelo menos três fármacos antihipertensores, incluindo um diurético (gráfico 6) e destes, 32 utentes (69,6%) não estavam medicados com doses máximas de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA) ou antagonistas do cálcio (AC).

Dos utentes não controlados no biénio e medicados, 51,9% estavam medicados com AC, 51.1% com diurético e IECA respetivamente, 29.3% estavam medicados com ARA e 24,1% com betabloqueador.

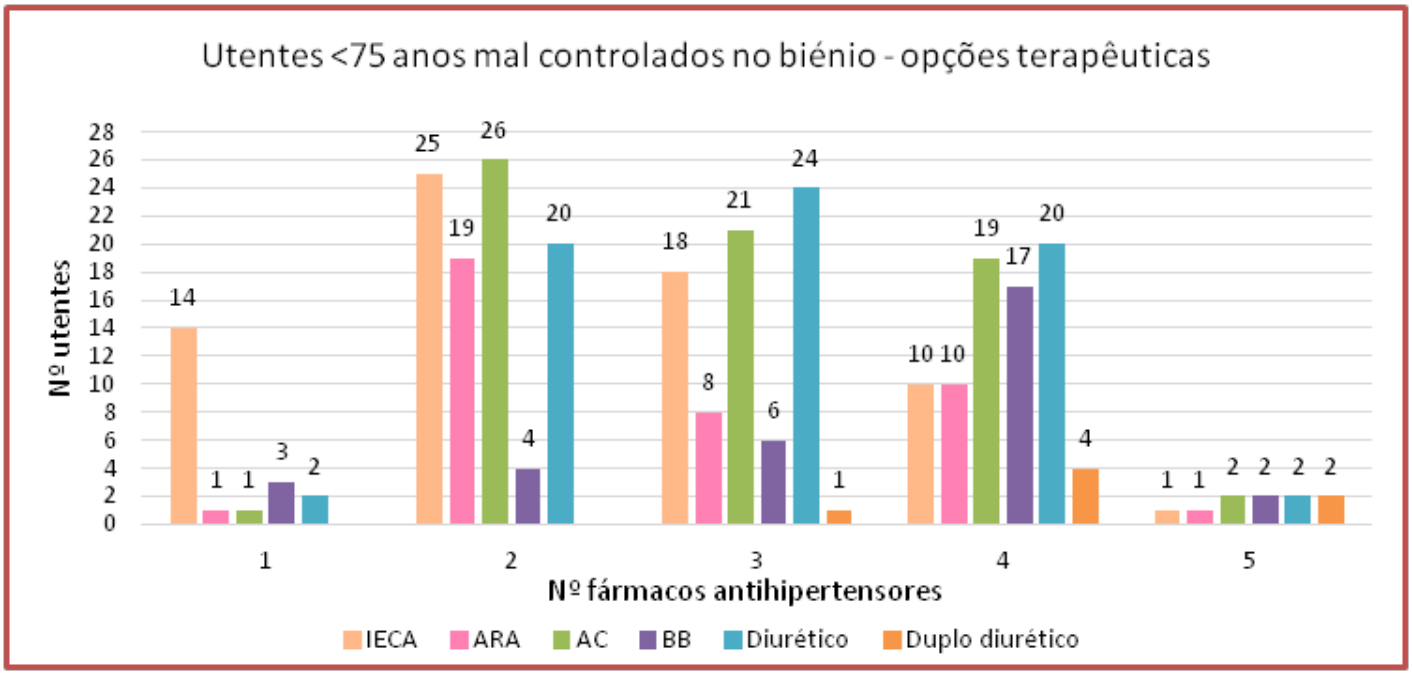


Gráfico 7: Utentes <75 anos mal controlados no biénio - opções terapêuticas, Sclinico®, 31/01/2018. [IECA - inibidores da enzima de conversão da angiotensina; ARA - antagonistas dos recetores da angiotensina; AC - antagonistas do cálcio; BB - betabloqueador.]

O gráfico 7 apresenta as opções terapêuticas por número de fármacos antihipertensores dos utentes não controlados no biénio e com idade inferior a 75 anos.

Discussão

Em relação aos estudos nacionais prévios, a prevalência de hipertensão diagnosticada e codificada nesta USF é menor (21,6%). A prevalência de utentes controlados foi superior (76,4% em 2017; 72,2% em 2016), nos dois anos analisados separadamente e no biénio (62,1% e 66,1% nos <75 anos). Os hipertensos não controlados no biénio 2016-2017 (13,5%) diminuíram para 10,7% se excluídos os utentes com idade superior ou igual a 75 anos por terem um alvo terapêutico superior. O controlo tensional parece variar entre médicos, sendo que 3 médicos se destacam por apresentarem uma maior proporção de utentes controlados. A maioria dos utentes não controlados no biénio (51,9%) manteve valores acima do alvo durante os 4 semestres e apenas 46 utentes (34,6%) estavam medicados com pelo menos 3 fármacos antihipertensores incluindo o diurético. Destes, apenas 7 utentes apresentaram valores de pressão arterial sistólica ou diastólica suficientemente baixos e que pudessem limitar a escalada terapêutica. Estes aspetos podem revelar que ainda existe margem para uma melhoria no controlo dos hipertensos. Não foi avaliada a prevalência de hipertensão da bata branca pela falta de uniformização no registo deste diagnóstico pelo que não o podemos excluir nestes utentes não medicados ou submedicados. Também se desconhece a verdadeira adesão do doente à terapêutica e se os utentes eram seguidos por outros especialistas ou prescritores que assegurassem a renovação ou escalada terapêutica. Por último, sendo um estudo retrospetivo e baseado em registos médicos, não puderam ser verificadas as medidas corretas de avaliação da pressão arterial, mas acreditamos que seja essa a prática comum entre os profissionais.

Conclusões

Este estudo apresenta uma visão global dos utentes hipertensos na USF e permitiu conhecer os utentes que recorrentemente apresentam valores tensionais superiores ao alvo. O controlo da pressão arterial nesta USF é superior à realidade nacional, apesar da dificuldade em cumprir com o contratualizado para os custos com terapêutica. No entanto, estas metas deveriam ser revistas e aplicadas apenas no caso dos doentes não controlados. Para além disso, surge a necessidade do registo do diagnóstico de hipertensão de bata branca de forma uniformizada e que pode justificar, em algumas situações, a inércia médica. Não obstante, é essencial uma intervenção mais ativa do médico, quer em termos de escalada terapêutica, quer em termos de controlo e prevenção das comorbilidades, sobretudo no utente não controlado para a minimização do risco cardiovascular global.

Bibliografia

1. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. Polonia, Jorge, et al. Journal of Hypertension, s.l. : Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams &, 2014, Vols. 32:1211–1221. DOI:10.1097/HJH.0000000000000162.

2. Macedo, Mário Espiga e Ferreira, Rui Cruz. A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013. Revista Fatores de Risco, Sociedade Portuguesa de Cardiologia. N.º36 Abr-Jun, 2015, Vols. Pág. 47-56.

ATERLIP - AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA ANTIDISLIPIDÉMICA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

ATERLIP – DRUG USE EVALUATION OF ANTIDYSLIPIDEMIC AGENTS AT A PRIMARY CARE CENTER

Mafalda Ferreira Gonçalves[1], Ana Duarte[2], Antonieta Barbosa[3], Carla Carneiro[1], Helena Milheiro[3], Isabel Breda[3], Isabel Melo[1], Joana Mendes[4], Margarida Carvalho[5], Odília Godinho[1], Paula Varandas[3]

[1]*Médica Interna de Formação Específica em MGF na USF Anta, ACeS Espinho/Gaia*
[2]*Médica Assistente em MGF na UCSP Espinho, ACeS Espinho/Gaia*
[3]*Médica Assistente Graduada em MGF na USF Anta, ACeS Espinho/Gaia*
[4]*Médica Interna de Formação Específica em MGF na USF Sete Caminhos, ACeS Gondomar*
[5]*Médica Assistente em MGF na UCSP Vale de Cambra I, ACeS Aveiro Norte*

Autor correspondente:
Mafalda Ferreira Gonçalves
mafaldaferreiragoncalves@gmail.com

Palavras-chave: dislipidemia; terapêutica antidislipidémica; prescrição adequada; controlo lipídico; adesão terapêutica; risco cardiovascular.

Resumo

Introdução: *As doenças cérebro-cardiovasculares constituem atualmente a principal causa de morte em Portugal sendo a dislipidemia um dos fatores de risco mais importantes. O seu tratamento é orientado segundo o grupo de risco cardiovascular (RCV) e o colesterol de lipoproteína de baixa densidade é o principal alvo terapêutico, havendo evidência na redução de eventos cardiovasculares com o uso das estatinas.* ***Objetivo:*** *Avaliar a adequação da terapêutica antidislipidémica em utentes com dislipidemia numa Unidade de Saúde Familiar (USF).* ***Metodologia:*** *Estudo observacional analítico descritivo transversal, em utentes de uma USF maiores de 18 anos, com dislipidemia. Os dados foram recolhidos através do MIM@UF®, SClinico® e PEM®.* ***Resultados:*** *Foram incluídos 267 utentes, com idade média de 65,83 anos, predominantemente do sexo feminino (53,2%). A maioria (71,2%) apresentava hipertensão arterial e RCV moderado (45,7%). O controlo lipídico revelou-se "mau" em 68,5% e a prescrição adequada em 50,9%, sendo a estatina a opção terapêutica em 86,9%. Foi demonstrada uma associação significativa (p < 0,001) entre a prescrição e o controlo lipídico, assim como na subpopulação com prescrição adequada, entre o controlo lipídico e a adesão à estatina.* ***Discussão:*** *A avaliação da prescrição foi alcançada e identificou-se uma proporção semelhante de utentes dislipidémicos com prescrição adequada e não adequada. Os dados mostram 68,5% da população com dislipidemia mal controlada, muito embora se tenha registado uma boa adesão à estatina em 55,8%. As únicas variáveis a revelar impacto no controlo lipídico foram a prescrição e, na subpopulação de prescrição adequada, a adesão à estatina. Os resultados reforçam a importância do papel do médico de família na abordagem da dislipidemia, esperando-se a instituição de terapêutica farmacológica individualizada, aliada à promoção de estratégias de adesão.*

Keywords: dyslipidemia; antidyslipidemic agents; adequate therapeutics; lipid control; therapy adhesion; cardiovascular risk.

Abstract

Background: *Cerebro-cardiovascular diseases are nowadays the primary cause of death in Portugal, being dyslipidemia one of the most important risk factors. Treatment is established according to the cardiovascular risk (CVR) and low-density lipoprotein cholesterol is it's main focus, as evidence suggests statin use is associated with reduction of cardiovascular events.* ***Objective:*** *To evaluate the suitability of antidyslipidemic agents on dyslipidemic patients in a primary care center (PCC).* ***Methods:*** *Analytical observational transversal and descriptive study of over 18 years old dyslipidemic patients registered in a PCC. Data collection was made using MIM@UF®, SClinico® and PEM®. Excel® 2013 and SPSS® 24 were used for data analysis.* ***Results:*** *A total of 267 patientes were eligible to participate. Mean age was 65,83 years old and there was a slight female predominance (53,2%). Most individuals (71,2%) presented hypertension and moderate CVR (45,7%). Lipid control rated "bad" in 68,5% and therapeutics was appropriate in 50,9% of cases, with statin shown to be widely used (86,9%). A significant association (p<0,001) was verified between therapeutics and lipid control, and among the sub-population with adequate therapeutics, between lipid control and adhesion to statin.* ***Discussion:*** *Therapeutics evaluation was reached and showed a similar proportion of adequate and non adequate therapeutics in dyslipidemic patients. Data reveals 68,5% of dyslipidemic patients have poor lipid control although adhesion to statin was good in 55,8% of the patients. Therapeutics was the only variable to show impact on lipid control and in the sub-population with adequate therapeutics, adhesion to statin. Results reinforce the role of family medical doctor regarding the problematic of dyslipidemic patients, aiming at an increase of individualized pharmacological prescription, together with development of adhesion strategies.*

Introdução

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) constituem um problema endémico, sendo atualmente a principal causa de morte em Portugal.[1,2] Estas doenças têm um importante impacto social e económico pelo que foi consensual a proposta da redução da mortalidade cardiovascular (CV) e dos fatores de risco (FR) com ela relacionados em 25% até 2025.[2] Associada aos avanços no tratamento da doença estabelecida, a estratégia de prevenção deverá ser baseada na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) modificáveis, tais como dislipidemia, hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e obesidade.[2,3]

O risco cardiovascular (RCV) representa a probabilidade de uma pessoa desenvolver um evento aterosclerótico CV fatal ou não fatal. A aplicação do algoritmo SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) traduz uma estimativa de RCV absoluto a 10 anos baseada nas variáveis sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total.[1,4] Permite assim modelar a intensidade da intervenção terapêutica e motivar os utentes, realçando o grau de risco e os ganhos potenciais das intervenções propostas.[1,4]

A dislipidemia é um dos FR mais importantes para as DCCV pelo seu papel ativo no processo da aterosclerose. O colesterol de lipoproteína de baixa densidade (c-LDL) é o principal alvo terapêutico e os ensaios clínicos mostram benefícios na redução de eventos CV com o uso das estatinas, sendo os objetivos terapêuticos delimitados segundo o grupo de RCV.[1,3,5] Os valores de colesterol de lipoproteína de alta densidade (c-HDL) e triglicerídeos (TG) podem também ser considerados marcadores de RCV acrescido e influenciar a opção anti-dislipidémica.[2]

A pertinência deste estudo prende-se com a escassez de dados relativos à qualidade da prescrição antidislipidémica na população portuguesa e à necessidade de consciencialização dos profissionais para a abordagem da dislipidemia.

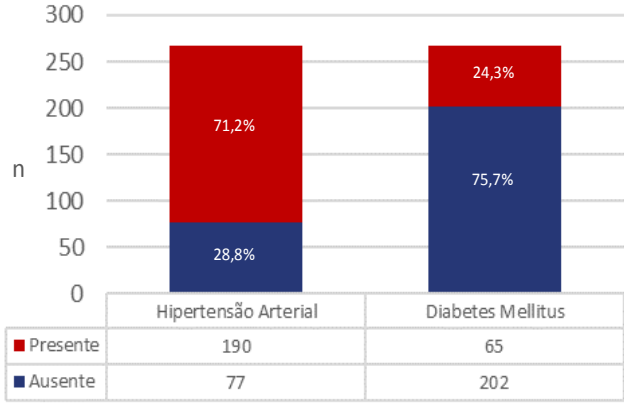
O presente estudo teve como objetivo principal a avaliação da adequação terapêutica antidislipidémica nos doentes com dislipidemia da Unidade de Saúde Familiar (USF) Anta. Secundariamente, foram também objetivos: avaliar as características sociodemográficas da população em estudo e a adesão terapêutica à prescrição efetuada, determinar a prevalência dos principais FRCV e o controlo lipídico.

Metodologia

Estudo observacional analítico descritivo transversal, que englobou todos os utentes com mais de 18 anos inscritos na USF Anta com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2)[6] "T93 – Alteração do Metabolismo dos Lípidos" na lista de problemas ativos. Utilizou-se o programa Epi Info™ para cálculo da amostra tendo como base uma população de 2761 utentes dislipidémicos identificados pelo MIM@UF em agosto de 2017, um erro padrão de 5%, e tendo-se assumido uma prevalência da exposição de 50%. A amostra foi determinada em 385 casos, que foram selecionados aleatoriamente através da função de randomização do Excel®. Como critérios de exclusão destaca-se a ausência de registo de c-LDL e/ou TG nos últimos 5 anos, registo de RCV nos últimos 5 anos exceto nos utentes que apresentem muito alto ou alto risco por condição clínica e consulta presencial com o seu médico de família nos últimos 12 meses.

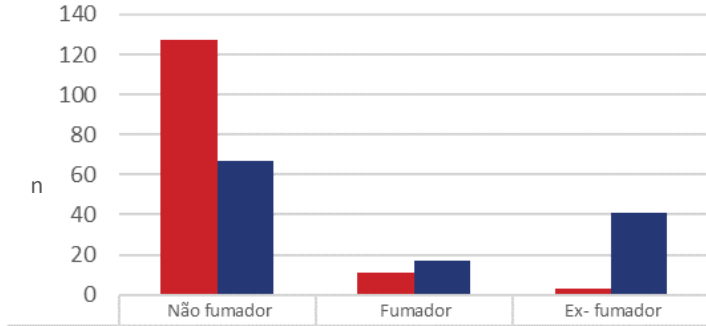
Os dados referentes aos critérios de exclusão e às variáveis estudadas foram recolhidos através do SClinico® e PEM®. Os dados demográficos e outras caraterísticas foram resumidos através de estatísticas descritivas adequadas ao tipo de variável. Número de observações válidas (n), média, desvio-padrão (DP), mediana e valores mínimo e máximo foram utilizados para as variáveis numéricas contínuas e frequências absolutas (n), relativas (%) utilizadas para as variáveis qualitativas.

Quanto ao alvo terapêutico, foi considerado para utentes com RCV baixo a moderado: c-LDL < 115mg/dL; RCV alto: c-LDL < 100mg/dL e RCV muito alto: c-LDL < 70mg/dL, ou, neste



	Hipertensão Arterial	Diabetes Mellitus
Presente	190	65
Ausente	77	202

Gráfico 1 – Principais fatores de risco cardiovasculares – hipertensão arterial e diabetes *mellitus*



	Não fumador	Fumador	Ex- fumador
Feminino*	127	11	3
Masculino	67	17	41

Gráfico 2 – Principais fatores de risco cardiovasculares - tabagismo (distribuição por género)

caso, na impossibilidade de atingir este objetivo, conseguir uma redução ≥ 50% do valor de c-LDL inicial.[3] Foi utilizado o último valor de c-LDL registado nos últimos 5 anos, uma vez que esta é a periodicidade mínima para a repetição do perfil lipídico, nos indivíduos com dislipidemia controlada e RCV baixo.[3] Já a prescrição terapêutica considerada, assim como a adesão à mesma, foi aquela relativa aos 12 meses precedentes à colheita, pelo que nem sempre o valor de c-LDL considerado poderá refletir a terapêutica instituída ou a adesão recolhida. Neste contexto foram considerados 30 dias de tolerância na avaliação da adesão à terapêutica.

Para avaliar a adequação terapêutica foi considerado o valor alvo de c-LDL consoante o RCV do utente, de acordo com as recomendações da European Society of Cardiology (ESC) e da Direção-Geral de Saúde (DGS). Nos casos em que a terapêutica farmacológica estava indicada, foi avaliado o seu potencial para a redução necessária ao cumprimento do alvo.

Para comparar a adesão à terapêutica vs não adesão e o controlo lipídico vs não controlo em relação a variáveis qualitativas de interesse, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, quando aplicável. No caso de variáveis quantitativas utilizou-se o teste t-Student ou Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, dependendo da verificação dos pressupostos de normalidade. Não foram imputados valores missings. Todos os testes de hipótese são bilaterais num nível de significância de 5%. Estes procedimentos foram realizados com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics 24.[7]

Resultados

Dos 385 casos selecionados para participar no estudo, apenas 267 (69,4%) foram elegíveis, com 17,9% de casos excluídos por ausência de registo de RCV e 7,5% por ausência de consulta presencial com o seu médico de família nos últimos 12 meses.

Verificou-se uma maior proporção de indivíduos do sexo feminino (53,2%) e uma média de idades de 65,83 anos (mínimo de 28 anos e máximo de 92 anos). Da amostra, 60,0% apresentava escolaridade igual (44,0%) ou inferior (16,0%) ao 1º ciclo e eram mais os reformados (38,1%) e não ativos (16,6%) do que os ativos (45,3%).

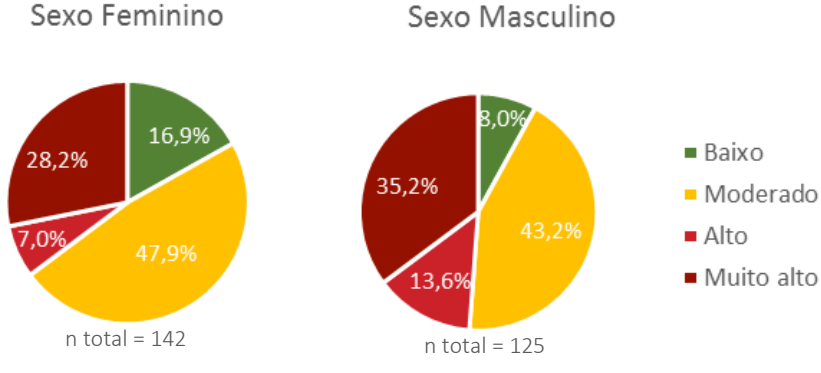
A maioria dos utentes (71,2%) apresentava HTA. Já a DM estava presente em 24,3% da amostra (gráfico 1), com um predomínio da diabetes não insulino-dependente (22,1%). A percentagem de fumadores foi de 10,5%, com cerca de 16,5% de ex-fumadores, sendo que o primeiro grupo possuía uma carga tabágica de 26,40 UMA (unidades maço/ano) e o segundo de 29,01 UMA (gráfico 2 e tabela 1).

A média de consumo alcoólico por semana foi de 104,57 g nos homens e de 17,74 g nas mulheres. No entanto, se contabilizados apenas os participantes que indicaram consumo de álcool > 0 g (83,2% dos homens vs 53,2% das mulheres) o grupo feminino consumia mais álcool (174,28 g vs 149,73 g), como demonstrado na tabela 1. O valor de índice de massa corporal (IMC) médio para o sexo feminino foi de 28,32 Kg/m² e 28,15 Kg/m² para o sexo masculino. O perímetro abdominal médio correspondeu a 97,79 cm e 102,07 cm para o sexo feminino e masculino, respetivamente. A taxa de filtração glomerular (TFG) média foi de 87,23 mL/min/1,73m² para os homens e 80,72 mL/min/1,73m² para as mulheres.

Quanto ao RCV (gráficos 3 e 4), a categoria de RCV moderado (45,7%) predominou, seguida do RCV muito alto (31,5%). No sexo masculino a prevalência de RCV muito alto (35,2%) e alto (13,6%) foi maior comparativamente ao sexo feminino (28,2% e 7,0% respetivamente). No sexo feminino a maior proporção verificou-se no RCV moderado com 47,9%, muito embora o valor de c-LDL médio se tenha revelado superior ao masculino (127,57 g/dL vs 116,94 g/dL).

A prescrição terapêutica da população estudada distribuiu-se sem diferenças significativas entre géneros (p = 0,346). 135 participantes (50,9%) encontravam-se com prescrição adequada, vs 130 (49,1%) com prescrição não adequada. Apenas dois foram considerados missing, casos estes por suspensão da medicação por iniciativa do utente.

Na tabela 2 podemos observar que a maioria dos casos apresentou um controlo lipídico "mau" (68,5%). Apesar de semelhante em ambos os géneros, o sexo masculino apresentou um valor discretamente superior no bom controlo lipídico.



Gráficos 3 e 4 – Risco cardiovascular (distribuição por género)

Tabela 1 - Principais fatores de risco cardiovascular - variáveis contínuas

	N	Média	Mediana	Desvio	Mínimo	Máximo
Consumo de álcool (g/semana):						
Masculino	125	104,57	91,00	111,55	0,00	588,00
Feminino	141	17,74	0,00	40,31	0,00	260,00
Total	266	58,54	0,00	92,55	0,00	588,00
Se consome álcool (>0g/semana):						
Masculino	104	149,73	132,00	90,84	24,00	588,00
Feminino	75	174,28	168,00	92,40	24,00	588,00
Total	179	86,24	84,00	44,79	36,00	260,00
Carga tabágica (UMA)						
Fumador	28	26,40	21,50	13,77	4,00	60,00
Ex-fumador	44	29,01	26,50	22,72	0,00	84,00
Não fumador	188	-	-	-	-	-
Total	260	7,75	0,00	16,23	0,00	84,00
IMC (Kg/m2)						
Masculino	124	28,15	28,00	3,79	17,50	43,00
Feminino	142	28,31	26,20	5,10	16,80	84,00
Total	267	28,24	28,10	4,53	16,80	42,40
PA (cm)						
Masculino	94	102,07	101,00	10,56	82,00	146,00
Feminino	103	97,79	99,00	13,64	43,20	140,00
Total	197	99,83	100,00	12,42	43,20	146,00
TFG (mL/min/1,73m2)						
Masculino	116	87,23	83,50	29,57	11,50	180,10
Feminino	129	80,72	79,10	24,21	35,20	147,00
Total	245	83,80	80,20	27,02	11,50	180,10
c-LDL (g/dL)						
Masculino	125	116,94	117,20	35,22	39,00	202,60
Feminino	142	127,57	124,40	41,27	27,00	344,00
Total	267	125,60	121,00	38,85	27,00	344,00

Legenda: c-LDL – fração de colesterol das lipoproteínas de baixa densidade; g/semana – gramas por semana; IMC – índice de massa corporal; PA – perímetro abdominal; TFG – taxa de filtração glomerular; UMA – unidades maço/ano.

Dos indivíduos com terapêutica instituída (75,7%), a classe mais utilizada foi a estatina, estando prescrita em 86,9%, seguida do fibrato (6,5%) e do ezetimiba (2,8%). Apenas 3,7% dos indivíduos encontravam-se sob terapêutica combinada. A tabela 2 mostra-nos uma boa adesão à estatina em 55,8% população, tendo sido ligeiramente superior no género feminino (57,7% vs 53,6%) e não aplicável em 80 indivíduos.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a prescrição terapêutica e o controlo lipídico (tabela 3), sendo que as percentagens são evidentes uma vez que o grupo de bom controlo lipídico tem uma percentagem (27,1%) de indivíduos com prescrição adequada superior, quando comparado com o grupo de mau controlo (22,7%).

Utentes com prescrição terapêutica adequada

Na tabela 4 estão explicitadas todas as variáveis estudadas relativamente à sua relação ou associação com o controlo lipídico. Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre o controlo lipídico e a adesão à estatina. O grupo de boa adesão à estatina apresentou uma percentagem muito superior (49,1%) de indivíduos com controlo lipídico bom quando comparados com o grupo de má adesão à estatina (0,9%). Todos os restantes testes apresentados na tabela não identificaram associações estatisticamente significativas, pelo que não foram realizados modelos de regressão.

Discussão

Foram estudados indivíduos desde os 28 aos 92 anos com uma média de idades de 65,83 anos e com um ligeiro predomínio do sexo feminino (53,2%), característico do grupo etário idoso.[8] Comparativamente a um dos maiores estudos de prevalência da hipercolesterolemia em Portugal,[9] a percentagem de HTA e DM na amostra do nosso estudo foi muito superior (71,2% vs 24,3% e 24,3% vs 5,6% respetivamente).Tal pode justificar em parte

Tabela 2- Controlo *lipídico e adesão à estatina – distribuição por género*

	Feminino	Masculino	Total
Controlo Lipídico			**N = 267**
Não Aplicável	7 (2,6%)	3 (1,1%)	10 (3,7%)
Bom	36 (13,5%)	38 (14,2%)	74 (27,7%)
Mau	99 (37,1%)	84 (31,4%)	183 (68,5%)
Total	142 (53,2%)	125 (46,8%)	267 (100%)
Adesão à Estatina			
Não Aplicável	39 (14,6%)	41 (15,4%)	80 (30,0%)
Boa	82 (30,7%)	67 (25,1%)	149 (55,8%)
Má	21 (7,9%)	17 (6,4%)	38 (14,2%)
Total	142 (53,2%)	125 (46,8%)	267 (100%)

Tabela 3- Controlo lipídico por prescrição terapêutica

	Controlo Lipídico			
Prescrição Terapêutica, N (%)	Bom	Mau	Total	Valor-P
Adequada	69 (27,1%)	58 (22,7%)	127 (49,8%)	<0,001
Não Adequada	4 (1,6%)	124 (48,6%)	128 (50,2%)	(TF)
Total	73 (28,6%)	182 (71,4%)	255 (100%)	

a presença de um RCV muito alto em 31,5% dos utentes. Esta percentagem é ainda maior no sexo masculino (35,2%), apesar do valor de c-LDL médio ser superior no sexo oposto (127,57 g/dL vs 116,94 g/dL). Esta divergência pode ser explicada em parte pela maior incidência de alguns FRCV no homem, tal como o tabagismo (6,4% vs 7,8%). A realçar que, no estudo anteriormente referido, a percentagem de fumadores foi também superior (10,5% vs 27,5%).[9] Os parâmetros antropométricos médios evidenciam uma população pré-obesa, independentemente do sexo.

O principal objetivo do estudo foi conseguido, uma vez que obtivemos apenas dois casos não aplicáveis no que concerne à avaliação da prescrição terapêutica. Foi assim possível identificar, nesta USF, uma proporção semelhante de utentes com dislipidemia com prescrição terapêutica adequada (50,9%) e não adequada (49,1%).

Foi opção dos autores debruçarem-se apenas pela análise da adesão às estatinas, dada a sua utilização maioritária. Os casos de adesão à estatina não aplicável (n = 80) referem-se a indivíduos sem terapêutica farmacológica instituída ou com outra que não a estatina [9,3% (n = 20) dos utentes medicados estão com outra classe terapêutica (gráfico 6)].

Estamos perante a população de uma USF modelo B e, não obstante, os dados mostram 68,5% da população com dislipidemia mal controlada, apesar de uma boa adesão à estatina em 55,8%. No entanto, um outro estudo em Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses revela um nível de mau controlo lipídico muito superior (87,2%).[10] Mais ainda, as únicas variáveis a revelar impacto no controlo lipídico foram a prescrição terapêutica e, no universo de indivíduos com prescrição terapêutica adequada, a adesão à estatina. Estes resultados evidenciam ainda mais a importância da prescrição terapêutica adequada. Por outro lado, ainda que os aspetos sociodemográficos e económicos (60,0% da população com escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo e 54,7% reformada ou não ativa) não tenham revelado diferenças estatísticas na obtenção do controlo lipídico, no universo de utentes com prescrição terapêutica adequada, o mesmo não invalida a sua enorme relevância na negociação terapêutica.

Como limitações a este estudo, os autores consideram que dada a colheita dos dados ter sido realizada com recurso aos dados presentes no processo clínico electrónico, dependentes do registo médico, os mesmos estão sujeitos a um viés de registo. Este viés pode ter influenciado a seleção da população (codificação de dislipidemia), a sua caracterização (registo dos FR, por exemplo) bem como especificações sobre contraindicações ou recusa do utente no que diz respeito à terapêutica e que podem justificar a ausência ou insuficiente prescrição observada. A adesão poderá estar

Tabela 4 - Controlo lipídico por grupos de variáveis com potencial impacto no controlo, na população com prescrição terapêutica adequada

	Controlo Lipídico			
Prescrição Adequada N = 135	**Bom**	**Mau**	**Total**	**Valor-P**
Género				
Masculino	35 (27,6%)	29 (22,8%)	64 (50,4%)	**>0,999**
Feminino	34 (26,8%)	29 (22,8%)	63 (49,6%)	**(QQ)**
Total	69 (54,3%)	58 (45,7%)	127 (100%)	
Idade				
N	69	58	127	**0,393**
Média	67,36	65,72	66,61	**(TT)**
Mediana	68,00	65,00	67,00	
Desvio Padrão	10,75	10,76	10,736	
Mínimo	38	36	36	
Máximo	91	85	91	
Escolaridade Recodificada[#]				
Menos de 4 anos	8 (7,1%)	6 (5,2%)	14 (12,3%)	**> 0,999**
Ensino básico/secundário	49 (42,9%)	41 (36,0%)	90 (78,9%)	**(TF)**
Ensino superior	5 (4,4%)	5 (4,4%)	10 (8,8%)	
Total	62 (54,4%)	52 (45,6%)	114 (100%)	
Estatuto profissional				
Ativo	33 (20,6%)	26 (26,2%)	59 (46,8%)	
Não ativo	8 (6,3%)	9 (7,2%)	17 (13,5%)	**0,828**
Reformado	27 (21,4%)	23 (18,3%)	50 (39,7%)	**(QQ)**
Total	68 (54,0%)	58 (46,0%)	126 (100%)	
Tabagismo Recodificado[##]				
Fumador & Ex-Fumador	15 (11,9%)	14 (11,1%)	29 (23,0%)	**0,832**
Não fumador	54 (42,9%)	43 (34,1%)	97 (77,0%)	**(QQ)**
Total	69 (54,8%)	57 (45,2%)	126 (100%)	
Carga Tabágica (UMA)				
N	68	54	122	
Média	8,191	7,57	7,86	
Mediana	0,00	0,00	0,00	**0,683**
Desvio Padrão	18,99	15,65	17,48	**(MW)**
Mínimo	0,00	0,00	0,00	
Máximo	80,00	80,00	80,00	
Álcool (g/semana)				
N	69	57	126	
Média	52,48	59,11	55,48	
Mediana	0,00	0,00	0,00	**0,819**
Desvio Padrão	95,37	97,01	94,79	**(MW)**
Mínimo	0,00	0,00	0,00	
Máximo	588,00	390,00	588,00	
IMC (Kg/m^2)				
N	69	58	127	
Média	27,93	29,02	28,43	
Mediana	28,00	28,85	28,20	**0,070**
Desvio Padrão	4,03	4,05	4,06	**(MW)**
Mínimo	17,50	19,40	17,50	
Máximo	43,10	39,30	43,10	
PA (cm)				
N	54	45	99	
Média	99,70	102,11	100,80	
Mediana	100,00	102,00	100,00	**0,116**
Desvio Padrão	10,04	10,23	10,05	**(MW)**
Mínimo	82,00	79,00	79,00	
Máximo	144,00	125,00	144,00	
TFG (mL/min/1,73m2)				
N	66	50	116	
Média	80,40	82,90	81,48	
Mediana	79,60	80,25	80,05	**0,600**
Desvio Padrão	24,87	26,13	25,34	**(TT)**
Mínimo	11,50	24,80	11,50	
Máximo	149,00	133,70	149,00	
HTA Recodificada[###]				
Ausente	12 (9,5%)	17 (13,3%)	29 (22,8%)	
Presente	57 (44,9%)	41 (32,3%)	98 (77,2%)	**0,139**
Total	69 (54,3%)	58 (45,7%)	127 (100%)	**(QQ)**
DM Recodificada[####]				
Ausente	57 (44,9%)	41 (32,3%)	98 (77,2%)	
Presente	12 (9,5%)	17 (13,3%)	29 (22,8%)	**0,139**
Total	69 (54,3%)	58 (45,7%)	127 (100%)	**(QQ)**
Adesão à Estatina				
Boa	56 (49,1%)	31 (27,2%)	87 (76,3%)	**<0,001**
Má	1 (0,9%)	26 (22,8%)	27 (23,7%)	**(TF)**
Total	57 (50,0%)	57 (50,0%)	114 (100%)	

Legenda: DM – Diabetes *mellitus*; HTA – Hipertensão arterial; MW - *Mann-Whitney*; NA – Não aplicável; QQ – Qui-quadrado de *Pearson*; TF – Teste de *Fisher*; TT – Teste *t-Student*; *Acrescem 8 casos de situações nas quais o controlo lipídico é não aplicável; ** Acrescem 21 casos em que a o controlo lipídico ou a adesão à estatina são não aplicáveis; [#] Transformação de 9 grupos em 3 através da união dos grupos 1º Ciclo do ensino básico, 2º Ciclo do ensino básico, 3º ciclo do ensino básico, e Ensino secundário e curso técnico-profissional no grupo Ensino básico e secundário e união dos grupos Bacharelato, Licenciatura e Mestrado no grupo Ensino superior; [##]Transformação de 3 grupos em 2 através da união dos grupos fumador e ex-fumador e criação do novo grupo presente; [###] Transformação de 3 grupos em 2 através da união dos grupos K86 e K87 e criação do novo grupo presente; [####]Transformação de 3 grupos em 2 através da união dos grupos T89 e T90 e criação do novo grupo presente.

subvalorizada, nomeadamente, se o utente teve acesso à medicação sem receita médica ou se o receituário foi prescrito manualmente, embora se tenham definido 30 dias de tolerância. Por outro lado, a dispensa da medicação não garante que o utente cumpra o esquema terapêutico adequadamente.
Foi utilizado o último valor de c-LDL registado nos últimos 5 anos e as informações de prescrição e adesão terapêutica dos 12 meses precedentes, pelo que nem sempre o valor de c-LDL considerado poderá refletir a terapêutica instituída ou a adesão recolhida.
Como pontos fortes a este estudo, os autores consideram o número amostral elevado, a escassez de estudos em Portugal que incidam sobre a avaliação da prescrição antidislipidémica nos CSP e a multiplicidade de variáveis descritas e analisadas.
Ressalva-se que o programa SClínico® atribui a cor verde ao RCV inferior ou igual a 1%, atuando como fator de confusão, uma vez que o RCV igual a 1% é classificado como moderado (associado a cor amarela), aspeto entretanto corrigido nas últimas atualizações do programa. Todavia, este efeito falsamente tranquilizador ocorre também nos doentes com FRCV clínicos (por exemplo DCCV estabelecida) que aumentam o RCV acima daquele que a calculadora do programa nos fornece.

Conclusão
Os objetivos do estudo foram alcançados na USF Anta com vista a proporcionar um maior conhecimento da qualidade da prescrição antidislipidémica e da adesão à mesma e melhoria, no futuro, desta abordagem terapêutica. Espera-se que a consciencialização dos profissionais para esta temática promova o recurso à integração do RCV, sem detrimento dos critérios clínicos, que também definem as várias classes de risco, e à instituição de terapêutica farmacológica individualizada. Aliada à promoção de estratégias à adesão, este estudo reforça o papel do médico de família no controlo lipídico dos indivíduos com dislipidemia. É objetivo dos autores reavaliar estes resultados futuramente após uma intervenção educacional apropriada. Será do maior interesse que próximas investigações se debrucem sobre as causas de falência da adequação e da adesão à terapêutica antidislipidémica.

Comissão de ética:
O protocolo deste trabalho de investigação foi submetido à apreciação da comissão de ética, tendo sido aprovado por esta.

Conflito de interesses:
Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Agradecimentos:
Os autores agradecem a colaboração da EUROTRIALS na realização da avaliação estatística.

ReferênciasBibliográficas

1. *The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of de European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. European Heart Journal (2016) 37, 2999–3058 doi:10.1093/eurheartj/ehw272.*
2. *Direção-Geral de Saúde. Informação n. 009/2014. Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-do-risco-cardiovascular-no-adulto.aspx*
3. *Direção-Geral de Saúde. Norma de Orientação Clínica n. 019/2011 - Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Atualizada a 11/05/2017. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192011-de-28092011.aspx*
4. *Direção-Geral de Saúde. Norma de Orientação Clínica n. 005/2013 - Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Atualizada a 21/01/2015. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013- de-19032013.aspx*
5. *NICE. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. 2014. Atualizada em 2016. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg181*
6. *Comissão de Classificações da WONCA, Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2aed. Lisboa: Oxford University Press; 1999.*
7. *IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.*
8. *PORDATA, INE. Última atualização em 2018/02/16*
9. *Perdigão C, Sequeira Duarte J e Santos A. Prevalência e caracterização da Hipercolesterolemia em Portugal. Estudo HIPÓCRATES. Revista Fatores de Risco. 2010;(17):12-9.*
10. *Cortez-Dias N, Martins SR, Belo A, Fiúza M. Caracterização do perfil lipídico nos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. Rev Port Cardiol. 2013;32(12):987-96.*

POR TRÁS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

BEHIND THE ARTERIAL HYPERTENSION - ABOUT A CLINICAL CASE

Diana Rato[1], Mariana Ribeiro[1], Marina Cardoso[2]

1. Médica Interno de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar, USF Nautilus – AceS Baixo Mondego
2. Especialista de Medicina Geral e Familiar, USF Nautilus – AceS Baixo Mondego

Autor Correspondente:
Diana Rato, dianarato@hotmail.com

Resumo

Apenas uma pequena percentagem dos casos de Hipertensão Arterial (HTA) tem uma causa secundária bem identificada. Porém e mesmo nessas circunstâncias, é importante ter em conta outros fatores do doente que possam influenciar e potenciar o perfil tensional do doente.

Descreve-se neste artigo, o caso clínico de um homem de 46 anos hipertenso mas com uma fraca resposta à terapêutica anti-hipertensora instituída, o que motiva a investigação de causas secundárias. No estudo efetuado, verifica-se um aumento das catecolaminas totais plasmáticas por elevação isolada da noradrenalina e uma massa justavesical, suspeita de lesão neuroendócrina/paraganglioma. O doente realiza PET com ^{18}F-DOPA que excluiu a suspeita diagnóstica. A excisão da referida massa revela histologicamente um área de citoesteatonecrose, sem significado clínico. Entretanto, o doente confessa-se preocupado com a sua situação sociofamiliar e apresenta uma fraca adesão à adoção de estilos de vida mais saudáveis, mantendo HTA com necessidade de terapêutica com 3 anti-hipertensores.

Os autores consideram pertinente o presente caso por elucidar a situação de um doente com uma atividade noradrenérgica aumentada sem relação com uma lesão neuroendócrina. Embora silenciosa até ao momento de diagnóstico da HTA, a expressão clínica desta condição poderá ter sido potenciada pela situação sociofamiliar, num doente com alguns fatores de risco já conhecidos e não corrigidos.

Abstract

A small percentage of cases of Arterial Hypertension have a well-identified secondary cause. However, even in these circumstances, it is important to take into account other factors of the patient that can influence and enhance the patient's blood pressure.

It is described in this article the clinical case of a 46-year-old man with hypertension but with a poor response to the antihypertensive therapy, which motivates the investigation of secondary causes. In the study performed, there was an increase in total plasma catecholamines by isolated elevation of noradrenaline and a bladder adjacent mass, suspected of neuroendocrine / paraganglioma lesion. The patient performs PET with 18F-DOPA that excluded the diagnostic suspicion. The excision of the mass reveals histologically an area of cytosteatonecrosis, with no clinical significance. However, the patient is worried about his sociofamilial situation and presents a poor adherence to the adoption of healthier lifestyles, maintaining high blood pressure only controlled with 3 antihypertensive drugs.

The authors consider this case to be relevant in elucidating the situation of a patient with an increased noradrenergic activity without a neuroendocrine lesion. Although silent until the diagnosis of Arterial Hypertension, the clinical expression of this condition may have been enhanced by the sociofamilial situation, in a patient with some known and uncorrected risk factors.

Introdução

A Hipertensão arterial é uma condição clínica prevalente nos ficheiros clínicos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Embora na maioria das situações a causa da Hipertensão não seja claramente identificada, existe uma pequena percentagem em que a HTA está associada a uma causa secundária[1,2]. Mesmo nestas condições, é essencial ter em conta que a presença de fatores de risco cardiovasculares, estilos de vida ou contextos sociofamiliares poderão ser sinérgicos e potenciar um aumento do perfil tensional de um doente hipertenso.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 46 anos, caucasiano, agente da Guarda Nacional Republicana (à data, com funções de secretariado). Relativamente a fatores de risco cardiovasculares,

o doente tinha antecedentes de excesso de peso, tabagismo (20 UMA), dislipidemia e sedentarismo. A sua lista de problemas incluía ainda antecedentes de leucemia em 2000 e lesão meniscal do joelho esquerdo apontado como limitante da atividade física. Sem medicação crónica. Não tinha familiares de 1º ou 2º grau com Diabetes Mellitus, HTA ou eventos cardiovasculares major. Ainda relativamente a antecedentes familiares, a mãe era portadora de Doença de Alzheimer e o pai tinha antecedentes ativos de neoplasia do cólon. O doente estava inserido numa família nuclear (fase V de Ciclo de Duvall) de classe social média-alta.

Em fevereiro de 2016, o doente vai a uma consulta com o seu médico de família para uma avaliação global periódica. Durante a observação foi realizada a medição de Tensão Arterial (TA) que revelou valores sistólicos, de novo, na ordem dos 150 mmHg e diastólicos na ordem de 100 mmHg, após 3 medições e sem diferenças significativas entre os membros. Quando questionado revelou-se assintomático. A auscultação cardiopulmonar não apresentava alterações e o ritmo cardíaco era regular (com frequências cardíacas médias de 75-80 bpm). A fim de perceber a validade deste registo e para excluir eventuais efeitos da bata branca foi recomendado ao doente fazer Avaliação da Tensão Arterial em Ambulatório (AMPA) e otimização dos estilos de vida, nomeadamente redução da ingesta de sal, prática de exercício físico e ponderar desabituação tabágica. Na semana seguinte, o doente recorreu ao enfermeiro do local de trabalho por apresentar TA média de 170/100mmHg nas medições matinais da AMPA daquele dia. Terá sido medicado neste local com captopril 25 mg, sem melhoria do perfil tensional e aconselhado a recorrer nesse mesmo dia ao seu médico de família. O perfil tensional mantinha-se na consulta pelo que se optou por medicar o doente com lercanidipina 10 mg com agendamento de nova reavaliação da TA ainda nesse dia. Após a toma da terapêutica o doente apresentava uma TA média de 140/100mmHg. Por manter diastólica elevada, optou-se por associar clortalidona à terapêutica já iniciada. Ainda nesta consulta foi pedido o estudo adicional da HTA secundária. A avaliação analítica do doente no despiste de causas secundárias da HTA veio a revelar o aumento das catecolaminas plasmáticas (2045 ng/dl), à custa de noradrenalina (1915 mg/dl), com restantes doseamentos normais. Perante os achados e não sendo evidente nenhuma alteração ao nível das suprarrenais na ecografia pedida, foi solicitada TAC abdomino-pélvica. O exame revelou a presença de uma lesão sólida justavesical com 15mm, sem alterações ao nível das suprarrenais, não se excluindo a hipótese de paraganglioma/lesão neuroendócrina.

O doente foi referenciado a Consulta de Endocrinologia por esta hipótese de diagnóstico com caráter urgente. Em maio de 2016 o doente realizou uma PET com ^{18}F-DOPA que não evidenciou áreas de captação sugestiva de lesão neuroendócrina. Em novembro de 2016, fez excisão da massa pélvica por via laparoscópica cuja anatomia patológica revelou tratar-se de citoesteatonecrose com áreas de calcificação, excluindo-se definitivamente a hipótese diagnóstica inicialmente apontada.

A par do estudo da etiologia da HTA na Endocrinologia, o doente foi acompanhado no seu médico de família e na Cardiologia (privado) para controlo tensional e dos fatores de risco cardiovascular. Apesar da terapêutica inicial o doente,

Fig. 1

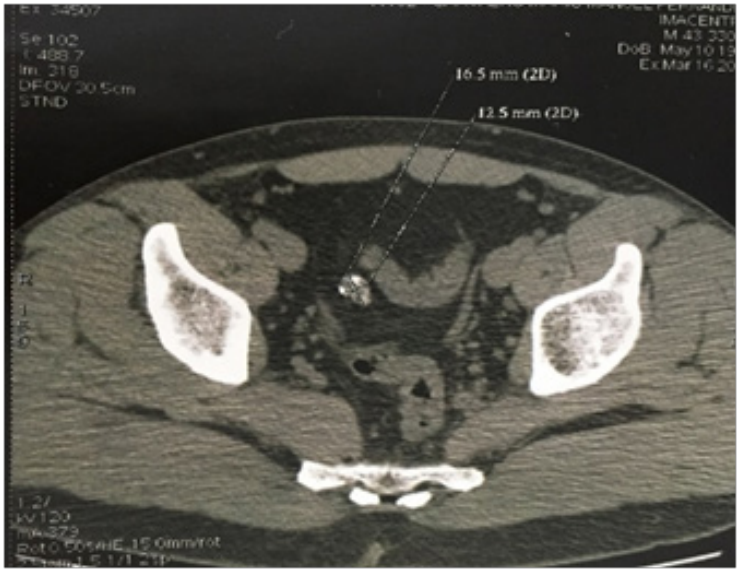
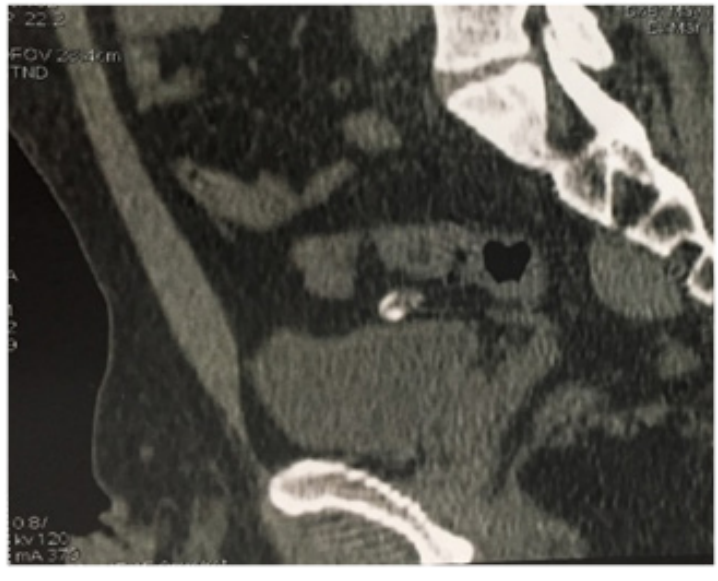


Fig. 2



Figuras 1 e 2 – Identificação de massa justavesical suspeita na TAC abdomino-pélvica do doente (plano transversal e sagital, respetivamente)

manteve TA sistólicas médias entre 135-140mmHg e diastólicas entre 95-110mmHg ainda que assintomático. Realizou ainda MAPA que confirmou o diagnóstico de Hipertensão Arterial grau 1 com perfil dipper. Otimizou-se a terapêutica com outras classes de anti-hipertensores estando atualmente o doente medicado com uma associação de um Antagonista do recetor da angiotensina II com um diurético e um beta-bloqueante. Com esta terapêutica o doente tem mantido TA normal alta com picos ocasionais de hipertensão à custa da diastólica que numa análise mais detalhada do perfil tensional, parecem estar relacionados com períodos de maior preocupação do doente com a situação familiar dos pais. Relativamente aos fatores de risco cardiovascular, o doente admite dieta mais equilibrada com restrição de sal mas mantem hábitos tabágicos e o sedentarismo.

Discussão

Este caso clínico começou perante uma suspeita de uma causa secundária de HTA. Embora não existisse outra sintomatologia associada que nos orientasse para uma causa específica, a idade jovem do doente e o início pouco insidioso dos achados tensionais motivaram a investigação adicional. O aumento significativo das catecolaminas plasmáticas orientou-nos para uma possível causa neuroendócrina e consequente pesquisa adicional com imagem. O achado da massa justavesical parecia justificar a clínica e as alterações analíticas encontradas. Porém, quer a PET quer por fim a anatomia patológica vieram descartar esta hipótese. Apesar de não ter sido encontrada uma entidade definida que justificasse os achados analíticos, o doente tinha um aparente aumento da atividade simpática por aumento da expressão noradrenérgica que se traduz num aumento do perfil tensional. Adicionalmente e embora se tratasse de um doente relativamente jovem, o indivíduo apresentava vários fatores de risco cardiovasculares que potenciam o aparecimento da HTA. Este doente encontra-se a fazer atualmente 3 classes de anti-hipertensores em dose máxima, incluindo um diurético e ainda assim a sua pressão arterial mantem alguma labilidade. Esta labilidade poderia pôr em causa a existência de uma HTA dita "resistente". Porem é de salientar que o doente, apesar da terapêutica, mantem não só condicionantes relativamente a estilos de vida que prejudicam a melhoria do perfil tensional mas também uma situação familiar geradora de stress emocional e psicológico que potencia toda a sua base noradrenérgica acima do normal.

Este caso clínico permite também uma reflexão da importância da abordagem do doente como um todo, olhando para a clínica e o contexto do indivíduo e não só para o resultado dos exames complementares de diagnóstico que poderão não expressar a verdadeira etiologia da doença.

Bibliografia

1. *Direção Geral da Saúde. Norma nº 020/2011 - Hipertensão Arterial: definição e classificação (atualização a 19/03/2013). Lisboa: DGS; 2013*

2. *Direção Geral de Saúde (DGS). Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto – Informação da DGS nº 009/2014 de 29/12/2014. Lisboa: DGS; 2014*

QUANDO PROTEINÚRIA DE LONGA DATA É A CAUSA E NÃO CONSEQUÊNCIA DA HIPERTENSÃO RESISTENTE

WHEN LONG-STANDING PROTEINURIA IS THE REASON AND NOT CONSEQUENCE OF RESISTANT HYPERTENSION

Rafael Silva[1], Rui Nogueira[2], Diana Gonçalves[1], Nuno Afonso[2], Vitor Sousa[3], Dilva Silva[1]

1.Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2.Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
3.Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras Chave
Nefropatia IgM,
Proteinuria,
Hipertensão resistente

Resumo

A nefropatia por IgM (IgMN) é uma patologia rara caracterizada por hematúria microscópica e proteinúria. Na maioria dos casos esta patologia manifesta-se somente por alterações na função renal associada a proteinúria sub-nefrótica, mas em raros casos a hipertensão pode ser uma das manifestações da doença. Apresentamos um caso de um homem de 57 anos de idade com proteinúria persistente e hipertensão resistente não controlada (grau III), apesar do tratamento com três medicamentos anti-hipertensivos em doses máximas e pressão positiva contínua nas vias aéreas devido à (apneia do sono). Foi difícil relacionar um valor tão alto de proteinúria exclusivamente à lesão glomerular secundária a hipertensão não controlada, pelo que se procedeu a investigação de possíveis causas parenquimatosas. O processo de investigação culminaria na realização da biópsia renal, permitindo o diagnóstico de glomerulonefrite por IgM, sendo esta rara patologia mais um factor que contribuía para os valores persistentemente elevados do doente.

Abstract

IgM nephropathy (IgMN) is a rare entity characterized by recurrent haematuria and proteinuria. In rare cases hypertension can be a manifestation of the disease specially in adults. We present a case of a 57-year-old male with a persistent proteinuria and uncontrolled resistant hypertension (grade III) despite treatment with 3 anti-hypertensive drugs on maximum doses and continuous positive airway pressure because of obstructive sleep apnea. It was difficult to relate such a high value of proteinuria exclusively to the uncontrolled hypertension; justifying the investigation of renal parenchymal causes of hypertension. This led to the renal biopsy, allowing the diagnosis of IgM glomerulonephritis as one of the causes to the persistent resistant hypertension of the patient.

Introdução

A IgMN é uma entidade clínica sobre a qual ainda se sabe pouco, apresenta-se principalmente como uma hematúria microscópica persistente e anormalidades urinárias assintomáticas, em crianças e adultos jovens, embora a proteinúria sub-nefrótica idiopática e hipertensão resistente possam ser possíveis apresentações.(1) Não existem estudos epidemiológicos concretos que nos permitam afirmar ao certo a sua incidência e prevalência na população, neste momento só podemos inferir indiretamente que a sua prevalência se aproxime dos valores reportados de IgMN em biopsias renais que variam entre 2% a 18,5%.(2) O diagnóstico é baseado em características imunohistológicas - a presença de imunoglobulina M (IgM) como imunoglobulina única ou dominante nas regiões mesangiais dos glomérulos - que pode ser encontrada em microscopia de luz e imunofluorescência.(3) Embora ainda não tenha sido identificado mecanismo fisiopatológico responsável pelo desenvolvimento da forma primária de IgMN, os depósitos de IgM nos glomérulos podem ser vistos em uma variedade de doenças sistêmicas (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, diabetes mellitus, paraproteinemia e síndrome de Alport) .(4) Não existe consenso sobre o tratamento, os corticosteroides são fármacos de primeira linha, mas apresentam resposta clínica adequada num número reduzido de casos com taxas de falência terapêutica de aproximadamente 50%.(5) Ciclofosfamida oral, ciclosporina e rituximab têm sido utilizados em doentes corticoresistentes com resultados inconsistentes.

Caso Clínico

Homem caucasoide de 57 anos de idade, que foi referenciado por um quadro de hipertensão resistente, fumador há aproximadamente 40 anos (1 maço dia) e consumo alcoólico esporádico em ocasiões sociais. Apresentava perfil tensional descontrolado (HTA grau III) com 20 anos de evolução, medicado com felodipina 5mg + ramipril 10mg e hidroclorotiazida 25 mg por dia. Ao exame físico destacava-se o discreto edema dos membros inferiores, sem outros sinais de

IgG	10.0 (7-15) g/L
IgM	0.57 (0.6-4.0) g/L
IgA	<0.24 (0.6-3.0) g/L
Imunofixação sérica	Ausência de IgA ausência de componente monoclonal
Electroforese de proteínas séricas	Ausência de banda monoconal
Imunofixação urinária	Ausência de banda monoconal (proteínuria glomerular não seletiva)

Table 1 – Resultados da imunofixação de soro/urina e eletroforese de proteínas.

congestão. Tendo em conta a apresentação clínica suspeitou-se de HTA de causa secundária pelo que foi procedido a investigação mais aprofundada do caso. Foram excluídas causas endócrinas e vasculares, do estudo analítico realizado salientava-se uma proteinúria não nefrótica (2,5 g / dia) e eritrocitúria microscópica persistentes, que foram interpretados como resultado da lesão de órgão alvo por péssimo controlo tensional e a longa duração de doença. O doente apresentava queixas de sonolência diurna e roncopatia marcada pelo que foi pedido estudo o sono que confirmou o diagnóstico de apneia do sono. Iniciou imediatamente ventiloterapia com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), mas surpreendentemente a pressão arterial permaneceu alta (HTA grau III)

Durante o seguimento e apesar de ligeira melhoria do controlo do perfil tensional o doente manteve sempre uma proteinúria não nefrótica e hematúria microscópica, pelo que se procedeu ao estudo de possíveis causas glomerulares que justificassem o quadro. Anticorpos anti-nucleares (ANAs) foram positivos com um título de 1: 320 (N <1: 160) padrão granular denso, bem como crioglobulinas. A imunofixação sanguínea revelou baixos níveis de IgM e falta de IgA, sem um componente monoclonal (tabela 1). A velocidade de sedimentação e a proteína c reativa estavam dentro dos valores da normalidade, os valores de HbA1c eram normais (5,3 a 5,7%). Apesar da presença de alterações analíticas ANAs e crioglobulinas positivas, o doente não apresentava qualquer outro sinal ou sintoma que permitisse suspeitar de patologia autoimune como lúpus eritematoso sistémico, vasculite e / ou crioglobulinemia mista.

Assim, o paciente apresentava hipertensão resistente grau III

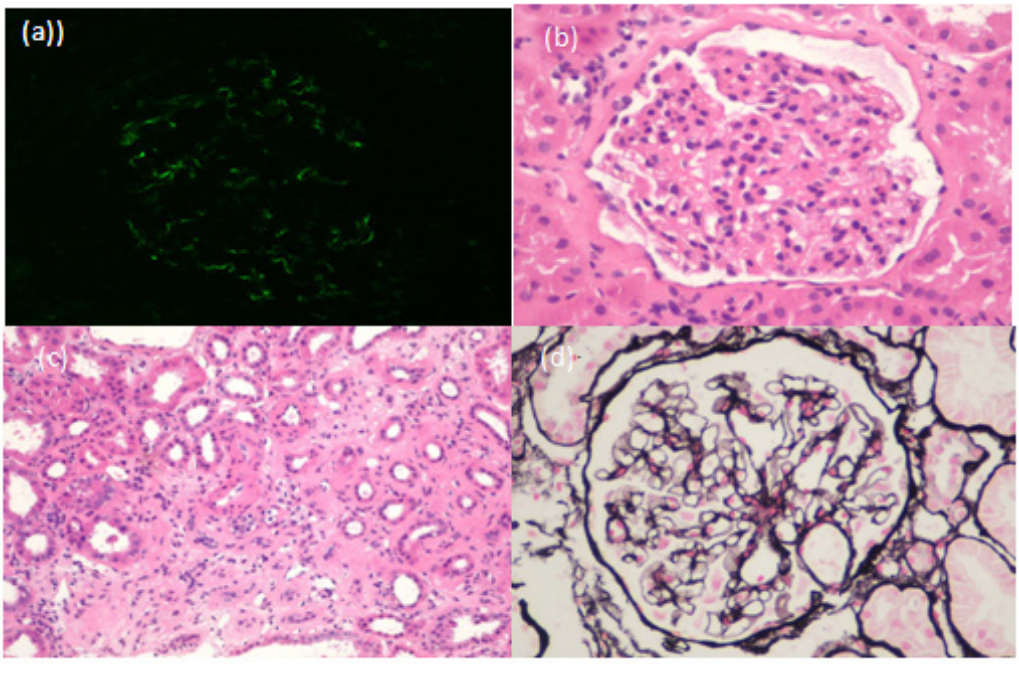


Figura 1- Biópsia renal na qual foram identificadas alterações histológicas e de imunofluorescência que permitiram o diagnóstico de IgMN. (a) imunofluorescência para IgM mostrando padrão granular difuso principalmente a nível mesangial (b) glomérulo com alargamento mesangial segmentar acompanhado de ligeira hipercelularidade mesangial, (hematoxilina e eosina, 400x); (c) atrofia tubular, lesões de arteriolosclerose, fibrose intersticial e discretos focos de nefrite intersticial crónica (hematoxilina e eosina, 200x); d) glomérulo com paredes capilares delgadas, sem duplos contornos ou espículas, (prata, 400x)

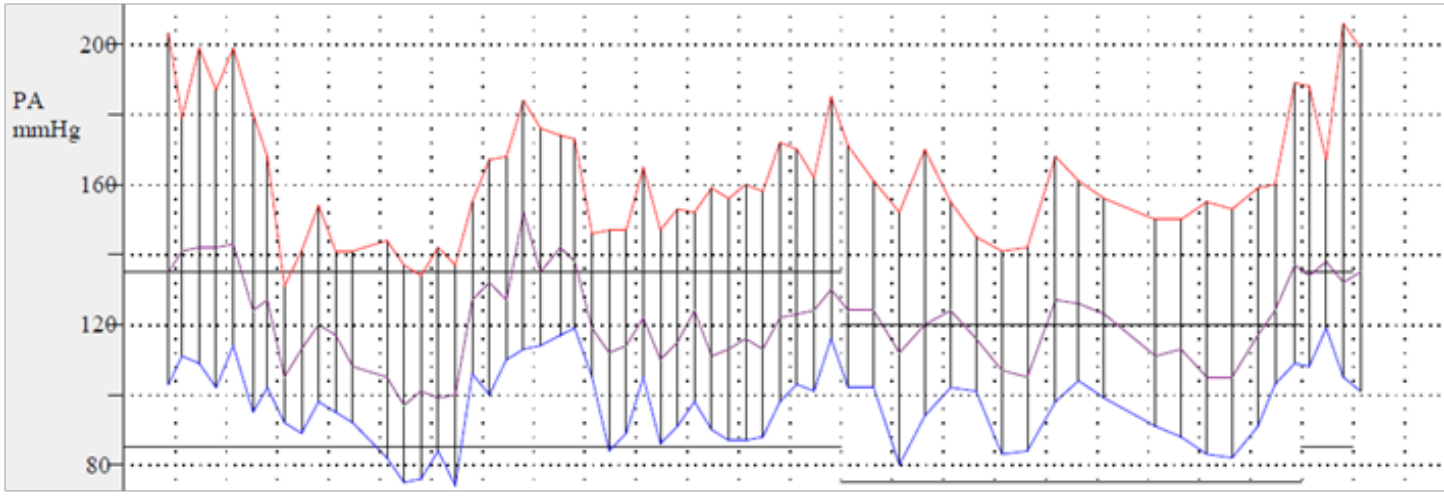


Figura 2 –MAPA 24h 6 meses após desnervação renal. (idêntico ao que apresentava antes de ser submetido à denervação renal)

com eritrocitúria e proteinúria não nefrótica, com depuração de creatinina normal e deficiência de IgA. Após discussão com nefrologia, e devido a suspeita elevada de glomerulonefrite, o paciente foi submetido a uma biópsia renal compatível com glomerulonefrite proliferativa mesangial com depósito de IgM (figura 1).

Embora várias combinações de terapêuticas tenham sido experimentadas durante o seguimento, o controle da pressão arterial não foi alcançado e o paciente submetido à desnervação renal, sem o sucesso esperado, como mostra o MAPA realizados apos este procedimento (Figura 2).

Em conjunto com a nefrologia optou-se por uma estratégia conservadora com tratamento médico orientado somente para o controlo do perfil tensional e proteinúria, atualmente o paciente utiliza cinco fármacos anti-hipertensores (ibersartan 300mg + clortalidona 25mg + diltiazem 300mg + rilmenidina 2mg + Ramipril 5mg id) tendo sido possível obter melhor controlo do perfil de pressão arterial nas 24h (figura 3). Optou-se por não realizar terapêutica dirigida para a IgMN uma vez que apresentou sempre uma taxa de filtração glomerular > 60 ml/mim, e houve uma diminuição do valor de proteinúria com a otimização da terapêutica anti-hipertensiva.

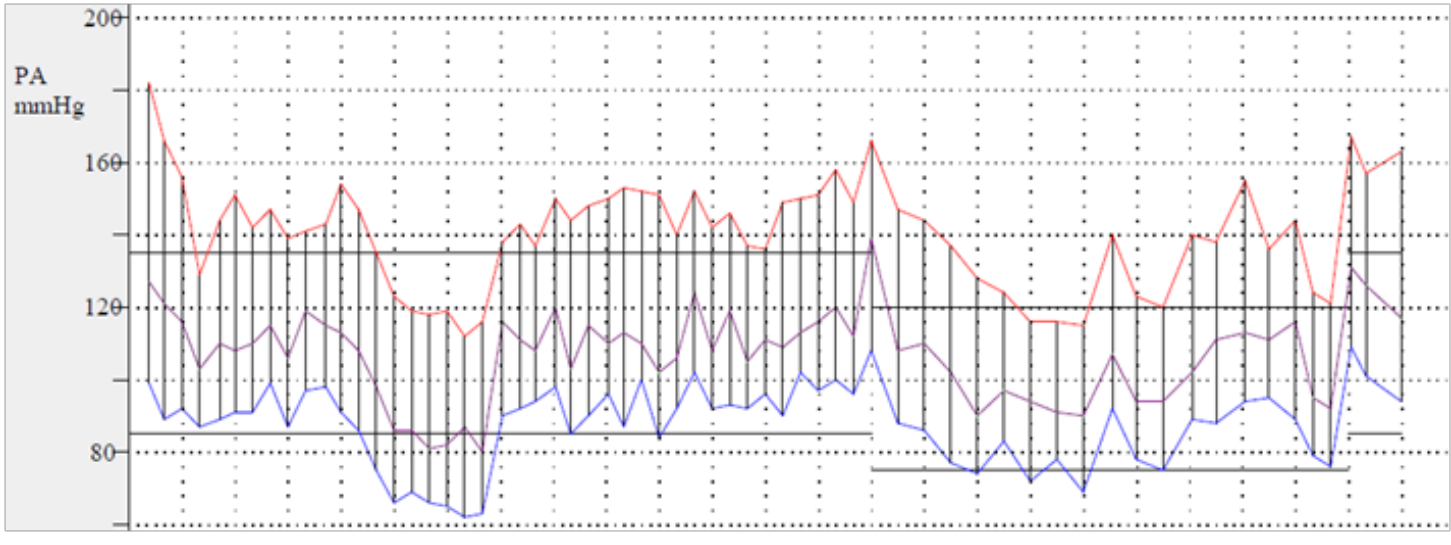


Figura 3 –MAPA após otimização do tratamento médico com cinco drogas anti-hipertensivas (ibersartan 300mg + clortalidona 25mg + diltiazem 300mg + rilmenidina 2mg + Ramipril 5mg id)

Discussão

Este caso representa uma rara causa renoparrenquimatosa de hipertensão secundária, que geralmente se manifesta por alterações urinárias assintomáticas. Este paciente apresentava discreto edema bilateral dos membros inferiores, secundário à proteinúria que inicialmente foi interpretada como lesão de órgão alvo (nefroesclerose hipertensiva). No entanto, a proteinúria manteve-se elevada apesar da otimização da terapêutica médica e início de CPAP para a patologia do sono no entretanto diagnosticada, este fato associado à hematúria microscópica tornou mais claro que poderíamos estar perante uma causa de HTA secundária de etiologia glomerular. A biópsia confirmou as suspeitas clínicas e identificando através de imunofluorescência depósitos mesangiais de IgM, permitindo o diagnóstico de IgMN.

A presença ANAs, crioglobulinas e depósitos glomerulares de IgM encontra-se descrita numa pluralidade de doenças sistêmicas. No entanto, o paciente não apresentava sinais ou sintomas que sugerissem a presença de um distúrbio autoimune ou de outras patologias sistémicas. Além disso, o anticorpo anti-dsDNA foi negativo e os níveis séricos de complemento foram normais durante todo o seguimento. Pelo que o diagnóstico de IgMN foi feito com base no resultado da imunofluorescência e a clínica do doente que apontava para um hipertensão resistente de causa secundária.

Como a glomerulonefrite por IgM é frequentemente resistente a corticosteroides e o paciente apresentava função renal estável, o principal objetivo terapêutico foi controlar a pressão arterial e assim reduzir a proteinúria. À medida que sua pressão arterial se aproximava dos níveis desejáveis, sua proteinúria e eritrocitúria também diminuíram. De salientar também o insucesso a longo prazo da desnervação renal no controlo do perfil tensional, que vem de encontro aos últimos resultados da literatura assim como as mais recentes linhas orientadoras da Sociedade Europeia de Hipertensão.

Esse quadro clínico acaba sendo ainda mais incomum, pois há poucos casos na literatura que relatam a associação de glomerulonefrite e deficiência de IgA. Como a relação fisiopatológica entre ambos não é bem conhecida, novos estudos seriam úteis para compreender melhor esta possível etiologia.

Conclusões

A IgMN é uma entidade clínica que, dada sua apresentação inespecífica e o fato de ser diagnosticada exclusivamente por biópsia, é massivamente subdiagnosticada. O médico deve estar sempre atento aos casos em que a hipertensão resistente anda lado a lado com anormalidades urinárias assintomáticas, pois na maioria das vezes o problema estará nos glomérulos e a biópsia é a única forma de se obter o diagnóstico. Infelizmente, a falta de resposta aos corticosteróides associada à ausência de evidência forte com outros imunossupressores limita a possível intervenção terapêutica em doentes.

Bibliografia

1. Mubarak M, Kazi JI. IgM nephropathy revisited. Nephrourol Mon [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 28];4(4):603–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23573499

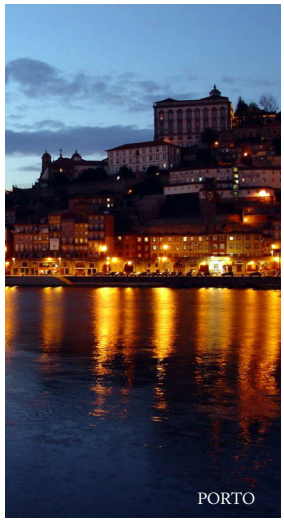
2. Singhai AM, Vanikar A V, Goplani KR, Kanodia K V, Patel RD, Suthar KS, et al. Immunoglobulin M nephropathy nephropathy in adults and adolescents in India: a single-center study of natural history. Indian J Pathol Microbiol [Internet]. 2011 [cited 2018 Sep 19];54(1):3–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21393868

3. MUBARAK M, KAZI JI, SHAKEEL S, LANEWALA A, HASHMI S, AKHTER F. Clinicopathologic characteristics and steroid response of IgM nephropathy in children presenting with idiopathic nephrotic syndrome. APMIS [Internet]. 2011 Mar [cited 2018 Sep 19];119(3):180–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21284735

4. Myllymäki J, Saha H, Mustonen J, Helin H, Pasternack A. IgM nephropathy: Clinical picture and long-term prognosis. Am J Kidney Dis [Internet]. 2003 Feb [cited 2018 Sep 19];41(2):343–50. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12552495

5. Border WA. Distinguishing minimal-change disease from mesangial disorders. Kidney Int [Internet]. 1988 Sep [cited 2018 Sep 19];34(3):419–34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3050250

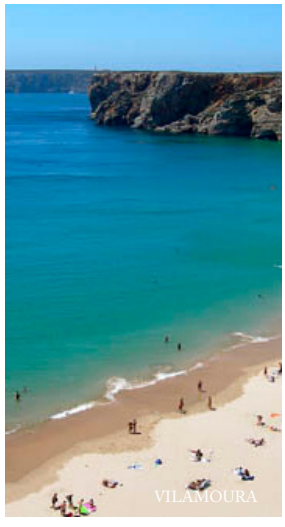
CONGRESSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS


PORTO

NACIONAIS

13º Congresso Português do AVC
31 de Janeiro a 2 de Fevereiro de 2019
Hotel Sheraton – Porto

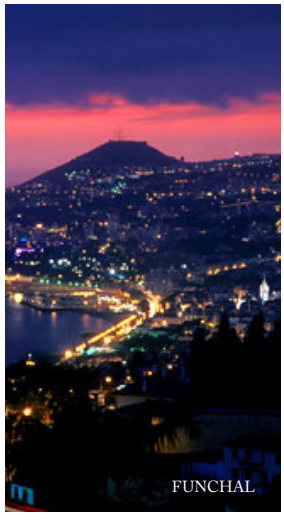
13º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular
7 a 10 de Fevereiro de 2019
Centro de Congressos de Vilamoura - Algarve

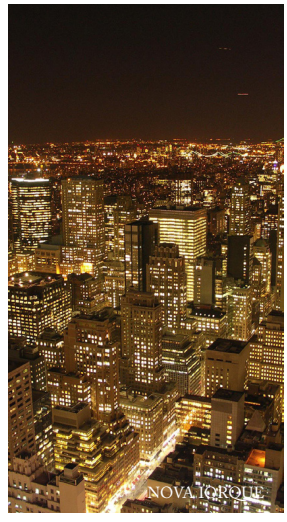

VILAMOURA

Encontro Renal 2019
28 a 30 de Março de 2019
Centro de Congressos de Vilamoura – Algarve

Congresso Português de Cardiologia 2019
27 a 29 de Abril de 2109
Centro de Congressos de Vilamoura – Algarve

25º Congresso Nacional de Medicina Interna 2019
23 de Maio a 26 de Maio de 2019
Centro de Congressos de Vilamoura – Algarve

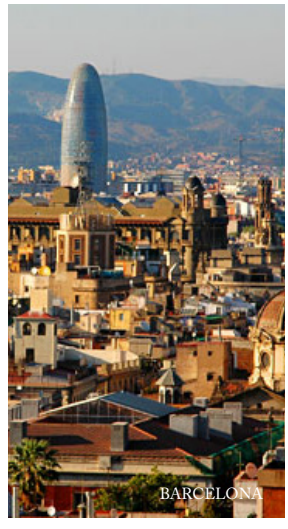

FUNCHAL


NOVA IORQUE

INTERNACIONAIS

ACC – American College of Cardiology 2019
16 a 18 de Março de 2019
New Orleans – USA

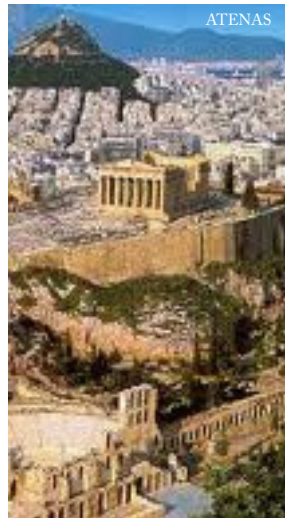
ESH - European Society of Hypertension Congress 2019
21 a 24 de Junho de 2019
Milão – Itália


BARCELONA

ESC – European Society of Cardiology Congress 2019
31 de Agosto a 4 de Setembro de 2019
Paris – França

EASD – European Association for the Study of Diabetes 2019
16 a 20 de Setembro de 2019
Barcelona – Espanha

AHA – American Heart Association 2019
16 a 18 de Novembro de 2019
Filadélfia - USA


ATENAS