

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ENDOCRINOLOGIA

Caracterização de Doentes Pós Enfarte Agudo do Miocárdio Inseridos em Consulta Multidisciplinar de Dislipidemia do CHUP

Ana Isabel Pais Monteiro

M

2018/2019



Caracterização de Doentes Pós Enfarte Agudo do Miocárdio Inseridos em Consulta Multidisciplinar de Dislipidemia do CHUP

Autora:

Ana Isabel Pais Monteiro

Categoria: Estudante do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Endereço: Rua Calouste Gulbenkian, nº 209 3H6

E-mail: izzm95mail.com Telemóvel: 961931875

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto

Orientadora:

Isabel Maria Gonçalves Mangas Neto da Palma

Categoria: Assistente Hospitalar Graduada de Endocrinologia no CHUP. Licenciatura em Medicina (Pré-Bolonha) Professora auxiliar convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Co-orientadora:

Maria Helena Cardoso

Categoria: Assistente Hospitalar Sénior de Endocrinologia no CHUP. Doutorada em Endocrinologia. Professora auxiliar convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Autora:

Ana Isabel Pais Monteiro

(Ana Isabel Pais Monteiro)

Orientadora

Isabel Mangas Palma

(Isabel Mangas Palma)

Co-Orientadora:

Maria Helena Cardoso

(Maria Helena Cardoso)

Porto, junho de 2019

Dedicatória

À Dra. Isabel Palma e à Prof. Dra. Helena Cardoso, orientadora e coorientadora deste trabalho, pelos conselhos, disponibilidade, confiança em mim depositada e pela infinita simpatia que tiveram ao longo da elaboração desta tese.

À minha família, por estar sempre presente e me inspirar ao longo da minha vida a tomar este rumo. Agradeço em especial ao meu irmão por não duvidar das minhas capacidades de trabalhar com o SPSS.

Aos meus amigos que percorreram este longo caminho comigo.

A todos os elementos que frequentam a sala do coro por me manterem terra-a-terra e controlarem os meus impulsos ansiosos e de *cravings* de café. Mas também por me pagarem os ditos cafés.

Resumo

Introdução: A doença coronária é uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial. A incidência destas doenças tem vindo a aumentar, pela modificação dos estilos de vida e aumento da prevalência de fatores de risco cardiovascular. Cerca de 90% dos doentes com enfarte agudo do miocárdio têm um fator de risco cardiovascular identificável como: dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, excesso de peso ou obesidade central, tabagismo, sedentarismo, *stress*, dieta e consumo de álcool. Para se estabelecer uma prevenção eficaz, é necessário conhecer a sua importância e prevalência na prática clínica.

Objetivos: Com este trabalho, pretende-se avaliar estes fatores de risco em doentes pós enfarte agudo do miocárdio, utilizando como parâmetros descritivos o perfil lipídico, a tensão arterial, o peso, tabagismo, exercício físico praticado, *stress*, dieta, consumo de álcool e perfil glicémico após a inserção do doente na consulta multidisciplinar de dislipidemia.

Métodos: Neste estudo observacional e descritivo colheram-se as informações necessárias dos processos clínicos eletrónicos dos doentes abrangidos, criando-se uma base de dados que foi posteriormente analisada com recurso ao IBM SPSS Statistics Versão 25.0.

Resultados: Foram analisados 88 doentes, 78,4% do sexo masculino, com média de idades de 60,69 anos. Destes, 50,0% tinha excesso de peso, 22,7% obesidade e 80,5% perímetro abdominal aumentado. Cerca de 54,5% dos doentes praticavam regularmente exercício físico e 84,1% dos doentes afirmava consumir uma dieta equilibrada. A prevalência de fumadores era de 9,1% e havia consumo excessivo de álcool em 9,1% dos doentes. Cerca de 39,8% dos doentes afirmavam ter *stress*. Cerca de 46,6% dos doentes tinha hipertensão arterial, 64,8% dislipidemia e 19,3% diabetes. A grande maioria, 88,5%, encontrava-se no alvo para controlo tensional recomendado, 59,3% dentro do alvo para o LDL-c, 70,9% para o HDL-c, 83,7% para os TG e 77,9% para Não-HDL-c. Da avaliação da Lp(a), 62,5% estavam acima de 50mg/dl e 74,3% estavam dentro do alvo para a ApoB. Dos doentes com diabetes *mellitus*, 87,5% tinham HbA1c <7%. Cerca de 96,6% dos doentes encontravam-se a fazer tratamento com pelo menos um fármaco anti-hipertensor e todos faziam tratamento com estatinas, sendo que 38,6% realizava tratamento adjuvante com ezetimiba. O tratamento farmacológico para a diabetes estava a ser instituído a 94,1% dos doentes com diabetes.

Conclusões: O presente trabalho permitiu conhecer as características dos doentes integrados na consulta multidisciplinar de dislipidemia do CHUP após EAM, podendo servir como base para comparação futura com outros Centros Hospitalares e também com o próprio.

Palavras-chave

Enfarte Agudo do Miocárdio; Dislipidemia; Fatores de Risco Cardiovascular

Abstract

Background: Ischaemic heart disease is one of the leading causes of morbimortality worldwide. Its incidence has been rising, due to lifestyle modifications and an increase in the prevalence of cardiovascular risk factors.

About 90% of all patients with myocardial infarction have an identifiable risk factor amongst the following: dyslipidemia, hypertension, diabetes, excess weight or central obesity, smoking, lack of physical activity, stress, dietary patterns and alcohol consumption. In order to establish an effective prevention, it's necessary to acknowledge their importance and prevalence in clinical practice.

Objectives: With this study, we aim to evaluate the prevalence of these risk factors in patients with myocardial infarction, by describing their lipidic profile, arterial blood pressure, weight, tobacco use, physical activity, stress, diet, alcohol consumption and glycaemic profile after their referral to this hospital's multidisciplinary dyslipidemia consultation.

Methods: In this observational and descriptive study, all necessary patient information was collected from this hospital's clinical records, creating a database that was posteriorly analysed using IBM SPSS Statistics Version 25.0.

Findings: Of the 88 patients analysed, 78,4% were male, with a mean age of 60,69 years. About 50,0% were overweight, 22,7% were obese and 80,5% has an increased waist/hip ratio. Approximately 54,5% of all patients were physically active and 84,1% had a varied and healthy diet. The prevalence of smokers was of about 9,1%, and there was an excess of alcohol consumption in 9,1% of all patients. About 39,8% of patients reported stress. Hypertension was present in 46,6% of all patients, 64,8% had dyslipidemia and 19,3% had diabetes. The majority, 88,5%, was within the desired target for arterial blood pressure, 59,3% within LDL-c target, 70,9% within target for HDL-c, 83,7% within target for TG, 77,9% within target for non-HDL-c and 74,3% were within target for ApoB. The target for Lp(a) wasn't met in 62,5% of all patients. From the patients with diabetes, 87,5% were within target for HbA1c. About 96,6% of all patients were under treatment with blood pressure lowering drugs, and all of them were on statins. About 38,6% were also on adjuvant therapy with ezetimibe. Pharmacological treatment was being prescribed to 94,1% of all patients with diabetes.

Conclusion: This study allowed us to better understand the characteristics of these patients, and it can be useful in future comparisons with different hospitals and within our own.

Key-Words:

Acute myocardial infarction; Dyslipidemia; Cardiovascular risk factors

Índice

1. Introdução.....	Pág. 1
2. Material e métodos.....	Pág. 2
3. Resultados.....	Pág. 4
3.1. Estilo de vida: IMC, perímetro abdominal, tabagismo, dieta, atividade física, consumo de álcool e stress.....	Pág. 5
3.2. História familiar e pessoal de outros acidentes isquémicos; Doença arterial periférica.....	Pág. 5
3.3. Tensão arterial, perfil lipídico, e controlo glicémico.....	Pág. 6
3.4. Outras terapêuticas.....	Pág. 7
4. Discussão.....	Pág. 7
4.1. Conclusões.....	Pág. 9
5. Bibliografia.....	Pág. 11
6. Anexos.....	Pág. 13

Lista de abreviaturas

ADO – Anti-Diabéticos Orais

AIT – Acidente Isquémico Transitório

Apo – Apolipoproteínas

ARA – Antagonistas Dos Recetores Da Angiotensina II

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BB – Beta-Bloqueadores

BCC – Bloqueadores Dos Canais De Cálcio

CHUP – Centro Hospitalar Universitário Do Porto

DAP – Doença Arterial Periférica

DCI – Doença Cardíaca Isquémica

DCV – Doença Cardiovascular

DL - Dislipidemia

DM – Diabetes *Mellitus*

DPP-4 – Dipeptidil Peptidase 4

EAM – Enfarte Agudo Do Miocárdio

ESC – European Society Of Cardiology

FRCV – Fatores De Risco Cardiovascular

GLP-1 – Peptídeo Semelhante A Glucagon 1

Hba1c – Hemoglobina Glicada

HDL-C – Colesterol Das Lipoproteínas De Alta Densidade

HTA – Hipertensão Arterial

IECA – Inibidores Da Enzima De Conversão Da Angiotensina

IMC – Índice De Massa Corporal

LDL-C – Colesterol Das Lipoproteínas De Baixa Densidade

Lp(a) – Lipoproteína (a)

MODY – Maturity-Onset Diabetes of the Young

SGLT2 – Co-Transportador De Sódio-Glucose 2

TAD – Tensão Arterial Diastólica

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TG - Triglicerídeos

Introdução

Em Portugal, tal como na Europa, a doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte, tendo sido responsável por cerca 35% de todas as mortes na União Europeia, sendo 55% destas atribuíveis à doença coronária isquémica (DCI) e à doença cerebrovascular, como AVC/AIT.

A mortalidade associada a DCI na Europa é 80% mais alta em homens que em mulheres, facto explicado pela maior prevalência de outros fatores de risco cardiovascular (FRCV). Portugal encontra-se entre os quatro países com uma menor mortalidade associada à DCI, juntamente com França, Holanda e Espanha.^{1,2} A mortalidade tem, no entanto, vindo a reduzir nos últimos 20 anos, tendo-se atingido em 2015 uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%. Isto deve-se à melhoria da intervenção médica, à otimização do tratamento de DCI e dos FRCV e também à diminuição de alguns FRCV como o tabagismo.^{1,3,4}

O EAM é definido na presença de lesão do miocárdio (e consequente subida de troponinas cardíacas acima do percentil 99) e evidência clínica de isquemia.⁵ Estudos como o INTERHEART (2004) mostraram que uma grande proporção (90%) do risco de EAM é atribuível a nove principais FRCV, sendo estes: dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, excesso de peso ou obesidade central, tabagismo, sedentarismo, fatores psicossociais indutores de stress, dieta e consumo de álcool. Estes achados eram consistentes e transversais às diferentes áreas geográficas, idades e sexo. O tabagismo e a dislipidemia foram identificados como os dois principais fatores de risco com maior peso para esta proporção. Fatores psicossociais, obesidade abdominal, diabetes e hipertensão seguiam-se a estes como FRCV mais significativos.⁶

O tabagismo ainda se mantém como um dos principais desafios de saúde pública e um fator de risco muito importante. A proporção de fumadores tem vindo a diminuir em toda a Europa, incluindo em Portugal, que apresenta nos últimos dados disponíveis uma prevalência de 16,8% em indivíduos com idade superior a 15 anos. No entanto, tem diminuído a um ritmo mais lento nos últimos anos, particularmente em indivíduos do sexo feminino.^{1,2}

A prevalência da obesidade e excesso de peso em Portugal tem vindo a aumentar desde 2000, havendo um *gap* muito elevado entre indivíduos com alto e baixo nível de educação, tendo os últimos obtido piores resultados. A proporção de indivíduos acima dos 15 anos com excesso de peso em Portugal em 2015 era de 67,6%¹ Sabe-se também que a proporção de adultos que realizava a quantidade de exercício físico recomendado era baixa, havendo uma maior taxa de sedentarismo no sexo feminino, e que o consumo de fruta e vegetais aumentou.²

Segundo os dados do Observatório Nacional da Diabetes, em 2015 estimava-se uma prevalência de DM na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de 13,3%. Existe ainda uma diferença estatisticamente significativa da prevalência desta doença entre o sexo masculino (15,9%) e o sexo feminino (10,9%).⁷

No estudo efetuado pelo INSA em 2015 que abrangia a população entre os 25 e os 74 anos residente em Portugal, a prevalência de doentes com HTA era de 36% (32,7% no sexo feminino e 39,6% no sexo masculino). Também foi descrito que 52,3% da população portuguesa, apresentava valores de colesterol total iguais ou superiores ao valor recomendado (190 mg/dl). A prevalência de DM e de HTA era mais elevada em indivíduos com baixo nível de escolaridade ou sem atividade profissional remunerada.⁸

Este estudo pretende avaliar os vários fatores de risco cardiovascular em doentes pós EAM inseridos na consulta multidisciplinar de dislipidemia.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional e descritivo de uma série de casos que incluíam todos os doentes após EAM inseridos na consulta multidisciplinar de dislipidemia do Centro Hospitalar Universitário do Porto entre 06/2017 e 11/2018. Esta consulta dedica-se à prevenção, estudo e tratamento das dislipidemias, isto é, das alterações graves do colesterol do sangue. Funciona desde 1993 e engloba as especialidades de Endocrinologia, Cardiologia, Neurologia, Nefrologia, Nutrição e Química Clínica.

Destina-se fundamentalmente a receber doentes com hiperlipidemia familiar genética, doentes com falta de resposta à terapêutica nutricional e/ou farmacológica corretamente instituída, bem como a casos com incerteza de diagnóstico e terapêutica. Atendendo à sua especialização dispõe-se da técnica da LDL aférese, considerada terapêutica de última linha para doentes com hipercolesterolemia muito grave, o que permite reduzir os eventos cardiovasculares, nomeadamente EAM e síndrome coronária aguda.

Foram selecionados os doentes que haviam sido referenciados após EAM (com ou sem elevação do segmento ST) e que haviam participado no programa de reabilitação cardíaca deste mesmo hospital, tendo sido realizada uma análise das seguintes variáveis:

- Sexo;
- Idade à data da consulta;

- Fatores de risco cardiovascular (FRCV): hipertensão arterial, dislipidemia, DM, obesidade, perímetro abdominal, tabagismo, dieta, sedentarismo, fatores psicossociais indutores de stress e consumo de álcool;
- Tensão arterial, perfil lipídico, e perfil glicémico
- História familiar e pessoal de outros eventos cardiovasculares;
- Presença de clínica subjetiva de doença arterial obstrutiva periférica DAP;
- Tratamentos farmacológicos realizados pelo doente.

O perfil lipídico foi obtido a partir dos resultados disponíveis na última consulta disponível. Todas as análises foram efetuadas no mesmo laboratório, por ensaios hospitalares standardizados através de métodos enzimáticos (Roche®) em amostras recém-colhidas de plasma em tubos de heparina de lítio. O valor de LDL-c foi calculado com recurso à fórmula de Friedewald ($LDL-c = TC - HDL-c - [TG/5]$) em casos em que os TG eram <400 mg/dl ou calculado diretamente se superiores. O Não-HDL era também calculado (Colesterol total – HDL-c). As Apolipoproteínas foram medidas com recurso a métodos imunoturbidimétricos. Foi excluída disfunção tiroideia pela análise da TSH via eletroquimioluminescência.

Colheram-se as informações necessárias dos processos clínicos eletrónicos dos doentes estudados, tendo sido considerados os parâmetros analíticos e clínicos disponíveis até à data da última consulta.

Todos os doentes foram categorizados em risco cardiovascular muito alto, visto que todos apresentavam DCV isquémica documentada (EAM). Sendo assim, foram utilizadas as recomendações de 2016 da ESC/EAS para a abordagem clínica de dislipidemias e as *Guidelines* europeias da prevenção de DCV de 2016 para definir os alvos terapêuticos para o perfil lipídico, tensão arterial, controlo glicémico, dieta e sedentarismo, que eram os seguintes:

- Tensão arterial: $<140/90$ mmHg.
- IMC entre $20-25$ kg/m²
- Perímetro abdominal <94 cm em homens e <80 cm em mulheres, sendo considerada obesidade central ≥ 88 cm em mulheres e ≥ 102 cm em homens
- HbA1c $<7\%$ nos indivíduos com DM.
- Perfil lipídico: LDL-c < 70 mg/dl; HDL-c > 40 mg/dl; TG < 150 mg/dl; Não-HDL-c < 100 mg/dl; Lp(a) < 50 mg/dl e ApoB < 80 mg/dl Para a Razão ApoB/ApoA1 foram utilizados como alvo os valores de referência deste hospital: 0.45-1.25.
- 2.5-5h de exercício físico moderado por semana

- Dieta saudável com foco em frutas, vegetais, peixe e frutos secos, com baixo consumo de gorduras saturadas e açúcares.^{9,10}

Fez-se uma estratificação de idades com 4 categorias: < 50, 50-59, 60-69 e ≥70 anos. Foram criadas 3 categorias para a avaliação da TAD/TAS: ≤140/90 mmHg; 141/91 – 160/100 mmHg e >160/100 mmHg. Para a HbA1C foram criadas 3 categorias, <7%, 7.0-7.9% e ≥8%.

À semelhança do realizado no estudo INTERHEART (2004), foram definidos como fumadores aqueles que fumaram nos últimos 12 meses, incluindo aqueles que cessaram nesse período de tempo. Considerou-se ex-fumadores como aqueles que pararam de fumar há mais de 12 meses e como não fumadores aqueles que nunca fumaram.

Considerou-se consumo moderado de álcool até 2 unidades padrão por dia em indivíduos do sexo masculino e 1 unidade padrão por dia em indivíduos do sexo feminino. Os fatores psicossociais indutores de stress incluíam depressão, stress e ansiedade relatados pelo próprio doente em casa ou no trabalho e/ou estatuto económico desfavorável.^{9,10}

Quanto à história familiar de eventos isquémicos, foram considerados os eventos em familiares de primeiro grau. Estes eventos foram classificados como precoces quando estes ocorriam antes dos 65 anos em indivíduos do sexo feminino ou antes dos 55 anos em anos em indivíduos do sexo masculino.⁹

Foram usadas estatísticas descritivas para a avaliação da prevalência e proporções das variáveis acima descritas. Foi ainda usado o teste T simples para amostras emparelhadas para a comparação do IMC aquando do EAM e à data da última consulta. Toda a análise estatística foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 25.0.

Este estudo obteve pareceres favoráveis pelo Gabinete Coordenador de Investigação, pelo Conselho de Administração, pela Comissão de Ética e pelo Serviço de Investigação clínica do CHUP.

Resultados

Durante o período de estudo, foram analisados os dados de 88 doentes avaliados na consulta multidisciplinar de dislipidemia após EAM. Destes doentes, 69 (78,4%) eram do sexo masculino e 19 (21,6%) do sexo feminino (tabela I), com a distribuição demográfica apresentada na tabela II. Dos doentes do sexo feminino 84,2% (16) já se encontravam na menopausa. O tempo médio entre o evento índice (data do EAM) e a data da última consulta é de 1,73 anos. Cerca de 43,2% (38) dos doentes tiveram EAM precoce (27 do sexo masculino e 11 do sexo feminino). A idade média à data

da última consulta era de 60,69 anos, com um desvio padrão de 9,863, sendo que as idades variavam entre 33 e 83 anos.

Estilo de vida: IMC, perímetro abdominal, tabagismo, dieta, atividade física, consumo de álcool e stress

Os resultados da avaliação de peso, perímetro abdominal, tabagismo, dieta, atividade física, consumo de álcool e stress estão apresentados nas tabelas III - VI.

Quanto à variável IMC, à data do EAM havia apenas um doente sem avaliação do peso. Dos restantes 87, 52,9% (46) dos doentes tinham excesso de peso e 20,7% (18) tinham obesidade (14,9% (13) apresentavam obesidade de grau I e 5,8% (5) obesidade de grau II). À data da consulta, 50,0% (44) dos doentes tinham excesso de peso e 22,7% (20) tinham obesidade. Destes últimos, 18,2% (16) apresentavam obesidade de grau I e 4,5% (4) obesidade de grau II. Não foi encontrada uma alteração significativa na diferença entre o IMC à data do enfarte e à data da última consulta ($p=0,076$).

Não havia dados sobre o perímetro abdominal à data da última consulta em 11 doentes (8 do sexo masculino e 3 do feminino). Dos doentes com perímetro abdominal medido, cerca de 78,7% (48) dos doentes do sexo masculino e 87,5% (14) dos doentes do sexo feminino apresentavam um aumento do perímetro abdominal à data da colheita.

À data da colheita, a prevalência de tabagismo era de 9,1%. Daqueles que fumavam à data do EAM, 25% (8) mantinham os hábitos tabágicos.

Cerca de 45,5% (40) dos doentes afirmavam não praticar regularmente exercício físico, havendo uma proporção maior de sedentarismo no sexo feminino (63,3% dos doentes) que no masculino (40,6%). Uma grande maioria dos doentes afirmava consumir uma dieta variada e equilibrada (84,1%). O consumo excessivo de álcool estava presente em 8,7% dos doentes do sexo masculino e 10,5% dos doentes do sexo feminino. A prevalência dos indivíduos que consumiam álcool em moderação era de 43,5% e 15,8% respetivamente.

Uma proporção elevada de doentes afirmava ter algum fator indutor de stress no dia-a-dia (39,8%), sendo também esta proporção maior no sexo feminino (52,6% das mulheres; 36,2% dos homens).

História familiar e pessoal de outros acidentes isquémicos; Doença arterial periférica

Os resultados da avaliação destes parâmetros estão apresentados na tabela VII. A maioria dos doentes, quer do sexo feminino quer do sexo masculino, apresentavam como primeiro acidente isquémico o evento índice (89,8% sem EAM anteriores e 96,6% sem AVC/AIT anteriores).

Aproximadamente 15,9% dos doentes avaliados tinham clínica de claudicação intermitente (17,4% dos doentes do sexo masculino e 10,5% dos doentes do sexo feminino).

Quanto à história familiar de DCV, uma proporção elevada de doentes relatava história familiar de DCI precoce na entrevista (20,4%). Comparativamente, a proporção de doentes com história familiar de AVC/AIT precoce é inferior (4,6%).

Tensão arterial, perfil lipídico, e controlo glicémico

A prevalência de HTA, dislipidemias e distúrbios hiperglicémicos desta amostra está apresentada na tabela VIII.

Os resultados da avaliação da tensão arterial estão apresentados na tabela IX. Estava em falta a avaliação do perfil tensional de um doente numa consulta. Nos restantes casos avaliados, a maioria encontrava-se no alvo para controlo tensional recomendado (88,5%).

O perfil lipídico encontra-se descrito na tabela X. Não havia registo dos valores de HDL-c, LDL-c, TG e não-HDL-c para dois dos casos na amostra. Havia também 48 valores omissos para a análise da Lp(a), 14 para ApoB e 21 para ApoA. Nos casos em que foi possível fazer a descrição de cada um destes parâmetros, 59,3% (51) encontravam-se dentro do alvo para o LDL (abaixo de 70,0 mg/dl) e 20,9% (18) entre 70-79mg/dl. Para o HDL, 70,9% (61) encontravam-se dentro do alvo, enquanto que 83,7% (72) se encontravam dentro do alvo para os TG. NA avaliação do colesterol não-HDL, 77,9% (67) encontravam-se dentro do alvo e 15,1% (13) entre 100 e 129 mg/dl. Dos 40 doentes avaliados para Lp(a), 62,5% (25) tinham um valor acima de 50mg/dL. A proporção de doentes que atingiram o alvo para a ApoB era de 74,3% (55).

Relativamente ao controlo glicémico em doentes com Pré-DM ou DM, havia apenas 21 resultados da análise da HbA1C disponíveis na última consulta, tendo 12 destes doentes DM tipo 2 e 9 pré-diabetes. Desses, 87,5% (18) encontravam-se dentro do alvo de $\leq 7,0\%$. Dos que tinham um valor de HbA1C acima do alvo, 9,5% (2) encontravam-se entre 7,1 - 7,9% e 1 doente apresentava uma hemoglobina glicada $>8\%$. Esta distribuição encontra-se descrita nas Tabelas XI e XII.

Nesta amostra, 96,6% dos doentes encontravam-se a fazer tratamento com pelo menos um dos seguintes fármacos anti-hipertensores: Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, antagonistas do recetor da angiotensina, beta bloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio. As proporções dos doentes, categorizadas em não hipertensos e hipertensos, que se encontravam a fazer estes fármacos estão discriminadas na tabela XIII.

Os fármacos prescritos aos doentes para o controlo do perfil lipídico e a sua proporção encontram-se descritos na tabela XIV. Todos os doentes estudados encontravam-se sob tratamento farmacológico com estatinas. Destes, 35,2% (31) estariam medicados com uma estatina de média intensidade (atorvastatina 10mg, atorvastatina 20mg, rosuvastatina 5mg, rosuvastatina 10mg, sinvastatina 20mg e pitavastatina 2mg), enquanto que 64,8% (57) estariam a ser tratados com uma estatina de alta intensidade (atorvastatina 40-80mg ou rosuvastatina 20-40mg).¹¹ De entre os doentes deste grupo, 38,6% (34) encontravam-se a fazer tratamento adjuvante com ezetimiba 10mg, sendo que 16 destes doentes estariam a associá-la a uma estatina de média intensidade e 18 a uma estatina de alta intensidade. Apenas 2,3% dos doentes avaliados estariam a fazer terapêutica com Fibrato.

O tratamento farmacológico para a diabetes estava a ser instituído a 93,8% dos doentes com DM tipo 2, ao doente com MODY3 e a 30,8% doentes com critérios de Pré-DM. A tabela XV mostra os diferentes fármacos utilizados na nossa amostra e a proporção dos doentes em cada grupo a realizá-los.

Outras terapêuticas

Todos os doentes inseridos no estudo encontravam-se a fazer pelo menos um antiagregante, seja AAS, ticagrelor ou clopidogrel, sendo que 56,8% dos doentes se encontravam a fazer dupla antiagregação plaquetária. Havia ainda 10 doentes a realizar terapêutica adicional com Furosemina e 3 com Antagonista dos recetores mineralocorticoides. Estes dados estão descritos na tabela XVI.

Discussão

Com este trabalho, pretendeu-se avaliar a prevalência dos principais FRCV nos doentes avaliados na consulta multidisciplinar de dislipidemia do CHUP, após EAM de modo a conhecer melhor as características desta população e realizar uma intervenção mais apropriada e mais dirigida aos principais problemas do doente.

O controlo dos FRCV nestes doentes permite melhorar, abrandar ou frenar o progresso da DCV já existente. A prevenção secundária em doentes com EAM recomendada pela ESC envolve o controlo dos FRCV por meio de alterações do estilo de vida, como a educação do doente, cessação tabágica, promoção de uma dieta saudável, prática de exercício físico moderado a vigoroso, apoio psicológico e social e recurso a terapêutica farmacológica, como antiagregação plaquetária, BB, IECA/ARA e estatinas.^{9,14-16}

A proporção de doentes do sexo masculino para o sexo feminino era de aproximadamente 3,6 : 1, o que é semelhante ao encontrado na literatura internacional.^{6,12,13}

Entre os FRCV, nota-se uma grande prevalência daqueles dependentes do estilo de vida, nomeadamente excesso de peso (50%), obesidade (22,7%) e perímetro abdominal (onde 81,3% das mulheres e 45,9% dos homens avaliados tinham obesidade central). Estes resultados eram coerentes com os obtidos em estudos anteriores como o EUROASPIRE V, sendo que ^{12,17} Havia uma baixa adesão à prática regular de exercício físico, com cerca de 45,5% da população avaliada afirmar adotar um estilo de vida sedentário, com uma proporção mais elevada nos elementos do sexo feminino (63,3% vs 40,6% dos doentes), sendo estes resultados melhores do que os obtidos no mesmo estudo. A grande maioria dos doentes afirmava consumir uma dieta variada e equilibrada (84,1%), havendo também uma baixa prevalência de tabagismo, com uma prevalência de tabagismo persistente semelhante ao encontrado no registo BLITZ-4. ¹⁵

A prevalência dos indivíduos do sexo masculino e feminino que relatavam o consumo de álcool em moderação era de 43,5% e 15,8% respetivamente, havendo uma baixa percentagem de abuso do álcool, como recomendado nas Guidelines da ESC. ^{9,10}

Foi observada uma elevada percentagem de doentes que reportava *stress*. Este é, portanto, um FRCV que necessita de ser focado no futuro, tendo em conta que podem funcionar por si só como obstáculos ao tratamento das DCV. A melhoria deste fator de risco permitiria uma maior adesão aos tratamentos e alterações do estilo de vida propostas, bem como uma melhoria da qualidade de vida do doente. ¹⁸

Verificou-se que existia uma proporção elevada de doentes com outros FRCV, sendo que 46,6% tinham HTA, 64,8% dislipidemia, e 18,2% diabetes tipo 2 (não havendo doentes com DM tipo 2). Na nossa amostra, uma esmagadora maioria encontrava-se a fazer tratamento com fármacos anti-hipertensores, pelo que 88,5% se encontrava no alvo para o controle tensional recomendado. Este resultado é superior ao encontrado em estudos anteriores. No entanto, é importante ressaltar que alguns destes doentes estariam a realizar terapia com fármacos hipertensores, não para controlo do perfil tensional, mas sim como estratégia de prevenção secundária no EAM ou por patologia cardíaca associada.

Estavam prescritas estatinas em todos os doentes desta amostra (35,2% com estatina de média intensidade e 64,8% com estatina de alta intensidade), com uma proporção elevada a fazer tratamento adjuvante com ezetimiba. No entanto, apenas 59,3% se encontrava dentro do alvo para o LDL-c, isto é, abaixo de 70,0mg/dl. Devido à variabilidade do doseamento do LDL, optou-se por analisar também os doentes que se encontravam fora do alvo, criando 4 categorias. Isto permitiu-nos identificar que 20,9% estavam entre 70-79mg/dl, 15,1% estavam entre 80-99mg/dl enquanto que apenas 4,7% dos doentes teriam um resultado acima de 100mg/dl. Assim, podemos considerar

que uma percentagem considerável de doentes se encontra dentro do alvo terapêutico, melhor do que o esperado pela literatura existente. A proporção de doentes dentro do alvo para HDL-c, TG e Não-HDL-c era, também, elevada. O rácio ApoB/ApoA1, apesar de ter sido identificado como um dos principais FRCV pelo INTERHEART, não é recomendado como alvo terapêutico pelas Guidelines da ESC.^{9,10} Apesar disso, na avaliação desta população, todos os doentes avaliados para este parâmetro encontravam-se dentro do valor de referência do laboratório deste hospital. Na avaliação da Lp(a), 62,5% estavam acima do valor considerado de risco. Não existem estudos até à data que demonstrem que uma redução do Lp(a) esteja associada a uma diminuição do risco CV, mas uma elevação deste parâmetro tem relevância para o risco total do doente. Deve ser considerado sempre que temos história pessoal ou familiar de DCV precoce ou em doentes de risco moderado a alto, para permitir uma melhor reclassificação do risco do doente.^{9,10}

O tratamento farmacológico para a diabetes estava a ser instituído à grande maioria dos doentes com diabetes *mellitus*, tendo-se registado uma elevada proporção de doentes dentro do alvo de $\leq 7,0\%$ para a HbA1c (75,0%). Este é um valor superior ao encontrado na literatura estrangeira^{12,15} Apenas 70,6% dos doentes com DM tinha resultados atualizados do controlo glicémico à data da última consulta. É importante realçar que com o maior número de comorbilidades e com uma idade mais avançada, dever-se-á ser menos restrigente no controlo glicémico, sendo preferível um alvo mais razoável como 6.6-9.9% de HbA1c, devendo, portanto, fazer este controlo caso-a-caso e não de forma generalizada.^{14,19}

Todos os doentes desta amostra se encontravam a fazer pelo menos um antiagregante, estando mais de metade a fazer dupla antiagregação plaquetária, semelhante ao encontrado na literatura atual.

Os FRCV mais prevalentes nos doentes desta amostra eram, por ordem decrescente: aumento do perímetro abdominal/excesso de peso (80,5%/72,7%), DL (64,8%), HTA (46,6%), Sedentarismo (45,5%) e Stress (39,8%). A percentagem de indivíduos sedentários e de fumadores era inferior ao observado no INTERHEART. No entanto, a prevalência de indivíduos com dislipidemia, HTA e obesidade central era superior na nossa amostra.

A diferença entre os resultados obtidos neste estudo e os obtidos no EUROASPIRE V estão evidenciadas nas figuras 1 e 2.

Conclusões

A avaliação dos FRCV dos doentes com DCV documentada é relevante e fortemente encorajada, de modo a melhorar a qualidade do tratamento fornecido a esta população. O prognóstico dos

doentes com EAM ainda é subótimo, existindo ainda margem para melhorias no mesmo. É importante investir numa abordagem multidisciplinar que foque tanto a prevenção secundária com terapêutica farmacológica e reabilitação cardíaca como um acompanhamento nutricional, apoio psicológico e educação ao doente.

Este trabalho tem como principal limitação tratar-se de um estudo observacional e descritivo, que utilizou como fonte de informação principal os processos clínicos dos doentes. Os indivíduos incluídos no estudo eram altamente selecionados, sendo que todos haviam integrado programas de reabilitação cardíaca neste mesmo hospital, o que não permite a generalização dos resultados para a população com EAM geral e para outras regiões.

Bibliografia

1. OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
2. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, Burns R, Rayner M, Townsend N (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Network, Brussels.
3. Pereira, M., Azevedo, A, Lunet, N., et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008. *AHA Journals Volume 6, Issue 6, 1 Nov 2013, Pages 634–642*. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000264>
4. Direção-Geral da Saúde, PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES, 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/relatorios-e-publicacoes.aspx>
5. Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S, Chaitman, B., Bax, J.J., Morrow, D.A., White, H.D. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018), *European Heart Journal*, Volume 40, Issue 3, 14 January 2019, Pages 237–269, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>
6. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet*. 2004. 364:937-952
7. Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., ...Dias, C. M. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)
8. Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016), *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015, Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016*, Depósito Legal n.º: 340224/12, ISBN: 978-989-96663-2-0
9. Piepoli, M. F., Hoes, A., et al (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(11), NP1–NP96. <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
10. Catapano, A.L, Graham, I. ESC Scientific Document Group, et al, 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias, *European Heart Journal*, Volume 37, Issue 39, 14 October 2016, Pages 2999–3058, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>
11. Stone, N.J. Robinson, J.G. Lichtenstein, A.H. et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, *J. Am. Coll. Cardiol.*, 63 (25 Pt B) (2014 Jul 1), pp. 2889-2934
12. Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, et al (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(8), 824–835. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>
13. Millet, E., Petters, S. Woodward, M., Sex differences in risk factors for myocardial infarction: cohort study of UK Biobank participants, 25 September 2018 *BMJ* 2018;363:k4247 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4247>
14. Frederix, I., Dendale, P., & Schmid, J.-P. (2017). Who needs secondary prevention? *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3_suppl), 8–13. <https://doi.org/10.1177/2047487317706112>
15. Urbinati, S., Olivari, Z., Gonzini, L., et al. (2014). Secondary prevention after acute myocardial infarction: Drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. The BLITZ-4 Registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(12), 1548–1556. doi:10.1177/2047487314561876

16. Piepoli, M. F., Corrà, U., Dendale, P. et al. (2017). Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 6(4), 299–310. <https://doi.org/10.1177/2048872616689773>
17. Vedin O1, Hagström E, Stewart R et al., Secondary prevention and risk factor target achievement in a global, high-risk population with established coronary heart disease: baseline results from the STABILITY study. *European Journal of Preventive Cardiology* Volume: 20 issue: 4, page(s): 678-685 August 1, 2013 <https://doi.org/10.1177/2047487312444995>
18. Cortés-Beringola, A., Fitzsimons, D., Pelliccia, A., Moreno, G., Martín-Asenjo, R., & Bueno, H. (2017). Planning secondary prevention: Room for improvement. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3), 22–28. <https://doi.org/10.1177/2047487317704954>
19. American Diabetes Association (2019). *Diabetes Care 2019*, Volume 42 (Suppl 1): S61-S70. <https://doi.org/10.2337/dc19-S006>

Anexos

Tabela I - Distribuição dos doentes por sexo

		N	Percentagem
Sexo	Masculino	69	78,4
	Feminino	19	21,6
	Total	88	100,0

Tabela II - Distribuição dos doentes por faixa etária e sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Idade	< 50	% (n)	14,5 (10)	0 (0)	11,4 (10)
	50 – 59	% (n)	33,3 (23)	26,3 (5)	31,8 (28)
	60 – 69	% (n)	39,1 (27)	36,8 (7)	38,6 (34)
	≥70	% (n)	13,0 (9)	36,8 (7)	18,2 (16)

Tabela III - IMC à data do EAM e à data da consulta

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
IMC à data do EAM	< 25,00	% (n)	20,3% (14)	50,0% (9)	26,4% (23)
	25,00 - 29,99	% (n)	62,3% (43)	16,7% (3)	52,9% (46)
	30,00 - 34,99	% (n)	13,0% (9)	22,2% (4)	14,9% (13)
	35,00+	% (n)	4,3% (3)	11,1% (2)	5,8% (5)
IMC à data da última consulta	< 25,00	% (n)	24,6% (17)	36,8% (7)	27,3% (24)
	25,00 - 29,99	% (n)	52,2% (36)	42,1% (8)	50,0% (44)
	30,00 - 34,99	% (n)	20,3% (14)	10,5% (2)	18,2% (16)
	35,00+	% (n)	2,9% (2)	10,5% (2)	4,5% (4)

Tabela IV - Perímetro abdominal por sexo

Perímetro abdominal (Sexo M)	< 94,0 (cm)	% (n)	21,30% (13)
	94,0-101,9(cm)	% (n)	32,80% (20)
	≥102 (cm)	% (n)	45,90% (28)
Perímetro abdominal (Sexo F)	< 80,0(cm)	% (n)	12,50% (2)
	80,0-87,9 (cm)	% (n)	6,25% (1)
	≥88,0	% (n)	81,25% (13)

Tabela V - FRCV relacionados com estilo de vida

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Tabagismo aquando do EAM	Não fumador	% (n)	24,6% (17)	73,7% (14)	35,2% (31)
	Ex-fumador	% (n)	36,2% (25)	0,0% (0)	28,4% (25)
	Fumador	% (n)	39,1% (27)	26,3% (5)	36,4% (32)
Tabagismo à data da consulta	Não fumador	% (n)	24,6% (17)	73,7% (14)	35,2% (31)
	Ex-fumador	% (n)	65,2% (45)	21,1% (4)	55,7% (49)
	Fumador	% (n)	10,1% (7)	5,3% (1)	9,1% (8)
Prática regular de atividade física	Sedentário	% (n)	40,6% (28)	63,2% (12)	45,5% (40)
	Ativo	% (n)	59,4% (41)	36,8% (7)	54,5% (48)
Stress em casa, trabalho ou stress financeiro	Sem stress	% (n)	63,8% (44)	47,4% (9)	60,2% (53)
	Com Stress	% (n)	36,2% (25)	52,6% (10)	39,8% (35)
Dieta	Não Adequada	% (n)	15,9% (11)	15,8% (3)	15,9% (14)
	Equilibrada	% (n)	84,1% (58)	84,2% (16)	84,1% (74)

Tabela VI - Consumo de bebidas alcoólicas em unidades padrão

Consumo de bebidas alcoólicas unidades de bebida padrão (Masculino)	0	% (n)	47,8% (33)
	1 - 2	% (n)	43,5% (30)
	>3	% (n)	8,7% (6)
Consumo de bebidas alcoólicas unidades de bebida padrão (Feminino)	0	% (n)	73,7 (14)
	1	% (n)	15,8 (3)
	>2	% (n)	10,5% (2)

Tabela VII - História pessoal e familiar de acidentes isquêmicos e presença de DAP

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
História pessoal de EAM	sem eventos anteriores	% (n)	88,4% (61)	94,7% (18)	89,8% (79)
	1 evento anterior não precoce	% (n)	4,3% (3)	0,0% (0)	3,4% (3)
	1 evento anterior precoce	% (n)	5,8% (4)	5,3% (1)	5,7% (5)
	2 ou mais eventos anteriores precoces	% (n)	1,5% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
História pessoal AVC/AIT	sem eventos anteriores	% (n)	95,7% (66)	100% (19)	96,6% (85)
	1 evento anterior não precoce	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
	1 anterior evento precoce	% (n)	2,9% (2)	0,0% (0)	2,3% (2)
	2 ou mais eventos anteriores precoces	% (n)	1,4% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
DAP	Sem clínica de claudicação intermitente	% (n)	82,6% (57)	89,5% (17)	84,1% (74)
	Com clínica de claudicação intermitente	% (n)	17,4% (12)	10,5% (2)	15,9% (14)
História familiar de DCI	não	% (n)	69,6% (48)	73,7% (14)	70,5% (62)
	sim, precoce	% (n)	20,3% (14)	21,0% (4)	20,4% (18)
	sim, não precoce	% (n)	10,1% (7)	5,3% (1)	9,1% (8)
História familiar de AVC/AIT	não	% (n)	95,7% (66)	89,5% (17)	94,3% (83)
	sim, precoce	% (n)	2,9% (2)	10,5% (2)	4,6% (4)
	sim, não precoce	% (n)	1,4% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)

Tabela VIII - Presença de hipertensão Arterial, dislipidemia e diabetes mellitus

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
HTA	Não hipertenso	% (n)	56,5% (39)	42,1% (8)	53,4% (47)
	Hipertenso	% (n)	43,5% (30)	57,9% (11)	46,6% (41)
Dislipidemia	Sem dislipidemia	% (n)	34,8% (24)	36,8% (7)	35,2% (31)
	Com dislipidemia	% (n)	65,2% (45)	63,2% (12)	64,8% (57)
DM	Sem DM	% (n)	50,7% (35)	52,6% (10)	51,1% (45)
	Pré-DM	% (n)	29,0% (20)	31,6% (6)	29,6% (26)
	DM tipo 1	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
	DM tipo 2	% (n)	20,3% (14)	10,5% (2)	18,2% (16)
	MODY3	% (n)	0,0% (0)	5,3% (1)	1,1% (1)

Tabela IX - Tensão arterial dos doentes na consulta

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Tensão Arterial	≤140/90 mmHg	% (n)	88,2% (60)	89,4% (17)	88,5% (77)
	141/91 – 160/100 mmHg	% (n)	11,8 % (8)	5,3% (1)	10,3% (9)
	>160/100 mmHg	% (n)	0,0% (0)	5,3% (1)	1,2% (1)

Tabela X - Perfil lipídico dos doentes à data da última consulta

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
LDL-c (n=86)	< 70 mg/dl	% (n)	65,7% (44)	36,8% (7)	59,3% (51)
	70-79 mg/dl	% (n)	20,9% (14)	21,1% (4)	20,9% (18)
	80-99 mg/dl	% (n)	11,9% (8)	26,3% (5)	15,1% (13)
	≥100 mg/dl	% (n)	1,5% (1)	15,8% (3)	4,7% (4)
HDL-c (n=86)	< 40 mg/dl	% (n)	35,8% (24)	5,3% (1)	29,1% (25)
	≥40 mg/dl	% (n)	64,2% (43)	94,7% (18)	70,9% (61)
Triglicerídeos (n=86)	< 150 mg/dl	% (n)	83,6% (56)	84,2% (16)	83,7% (72)
	≥150 mg/dl	% (n)	16,4% (11)	15,8% (3)	16,3% (14)
Não-HDL-c (n=86)	< 100,00mg/dl	% (n)	83,6% (56)	57,9% (11)	77,9% (67)
	100-130 mg/dl	% (n)	11,9% (8)	26,3% (5)	15,1% (13)
	≥130,00 mg/dl	% (n)	4,5% (3)	15,8% (3)	7,0% (6)
Lp(a) (n=40)	< 50,00 mg/dl	% (n)	41,4% (12)	27,3% (3)	37,5% (15)
	≥50,00 mg/dl	% (n)	58,6% (17)	72,7% (8)	62,5% (25)
ApoB (n=74)	< 80,0 mg/dl	% (n)	83,1% (49)	40,0% (6)	74,3% (55)
	≥80,0 mg/dl	% (n)	16,9% (10)	60,0% (9)	25,7% (19)
Rácio ApoB/ApoA1 (n=67)	< 0,45	% (n)	20,4% (11)	30,8% (4)	22,4% (15)
	0,45 - 1,24	% (n)	79,6% (43)	69,2% (9)	77,6% (52)
	≥1,25	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)

Tabela XI - Controlo glicémico em doentes com distúrbios hiperglicémicos por faixa etária

			Idade				Total
			<50	50 - 59	60 - 69	≥70	
HbA1C (n=21)	< 7,0%	% (n)	0,0% (0)	87,5% (7)	75,0% (6)	100,0% (5)	87,5% (18)
	7,1 - 7,9%	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	25,0% (2)	0,0% (0)	9,5% (2)
	≥ 8,0%	% (n)	0,0% (0)	12,5% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,8% (1)

Tabela XII - Controlo glicémico em doentes com distúrbios hiperglicémicos por tipo de intolerância à glicose

			Tipo DM			Total
			Pré-DM	DM tipo 1	DM tipo 2	
HbA1C (n=21)	< 7,0%	% (n)	100,0% (9)	0,0% (0)	75,0% (9)	85,7% (18)
	7,0 - 7,9%	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	16,7% (2)	9,5% (2)
	≥ 8,0%	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	8,3% (1)	4,8% (1)

Tabela XIII - Tratamento farmacológico com anti-hipertensores

		HTA		Total (n=88)
		Não hipertenso (n=47)	Hipertenso (n=41)	
Tratamento com anti-hipertensor		% (n)		
• IECA		% (n)		
• ARA		% (n)		
• BB		% (n)		
• BCC		% (n)		

Tabela XIV - Tratamento farmacológico com anti-dislipidémicos

Tratamento farmacológico		N	%
Estatina	Média Intensidade	31	35,2%
	Alta Intensidade	57	64,8%
Fibrato	não	86	97,7%
	sim	2	2,3%
Ezetimiba	não	54	61,4%
	c/ estatina de média intensidade	16	18,2%
	c/ estatina de alta intensidade	18	20,4%

Tabela XV - Tratamento farmacológico com ADO e Insulina

		DM				Total (n=88)
		Sem DM (n=45)	Pré DM (n=26)	DM tipo II (n=16)	MODY3 (n=1)	
Tratamento farmacológico	% (n)	2,2% (1)	30,8% (8)	93,8% (15)	100% (1)	28,4% (25)
• metformina	% (n)	2,2% (1)	30,8% (8)	87,5% (14)	0,0% (0)	26,1% (23)
• sulfonoreia	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	6,3% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
• análogo GLP1	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	25,0% (4)	0,0% (0)	4,5% (4)
• Inibidores da DPP-4	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	37,5% (6)	0,0% (0)	6,8% (6)
• Inibidores da SGLT2	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	31,3% (5)	0,0% (0)	5,7% (5)
• Insulina	% (n)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (1)	1,1% (1)

Tabela XVI - Outra medicação realizada

	N	%
Ácido acetilsalicílico	86	97,7
Ticagrelor	34	38,6
Clopidogrel	18	20,5
Antagonista dos recetores mineralocorticoides	3	3,4
Furosemda	10	11,4

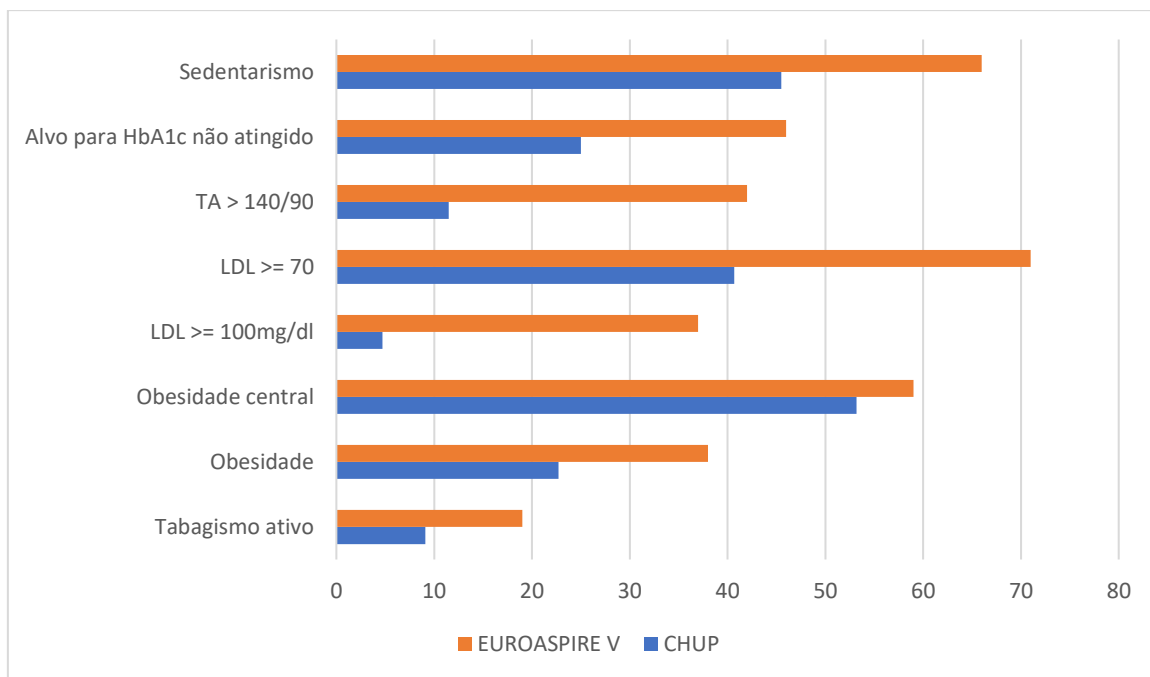


Figura 1 - Comparação em percentagem de doentes que não atingiram o alvo recomendado entre o CHUP e o EUROASPIRE V

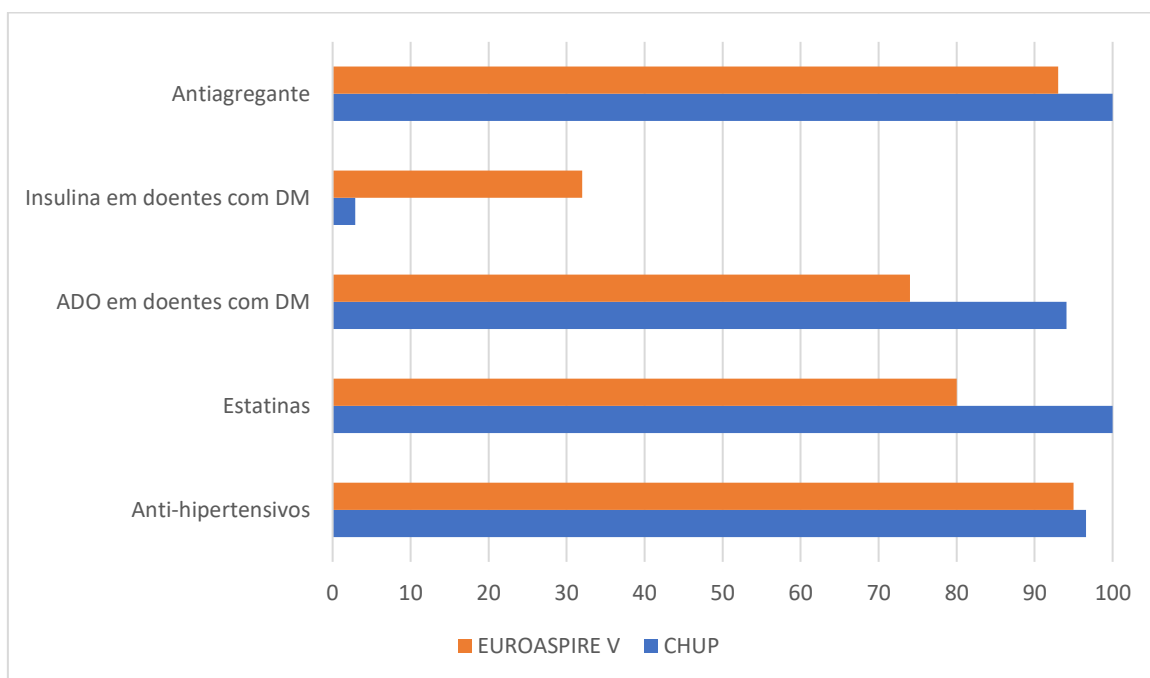


Figura 2 - Comparação em percentagem de tratamentos instituídos entre o CHUP e o EUROASPIRE V