

Online Abstract Book

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA – STUDENT

Comissão Organizadora IX Congresso MedUBI

- *Os abstracts aqui publicados foram submetidos à Competição Científica do IX Congresso do MedUBI e não seguem as Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa*

Automedicação nos utentes do Centro Hospitalar Cova da Beira

Pedro José Cerqueira Pinto 1, Professor Doutor Miguel Castelo-Branco Sousa 1

¹Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

²

Introdução: A automedicação é definida pela OMS como o uso de substâncias medicinais pelo consumidor, para tratar doenças ou sintomas reconhecidos pelo próprio, incorporando-se no autocuidado.

No despacho no. 17690/2007, a automedicação é restrita à utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica.

Estudos realizados entre 2008 e 2014, em zonas dispersas do país, encontraram prevalências de automedicação entre 21,5% e 90%, na população estudada.

Objetivo: Estudar a realidade da automedicação dos utentes do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), comparando-a com os resultados de estudos prévios.

Materiais e métodos: Estudo de carácter observacional e transversal, no qual se distribuiu um questionário a 89 utentes presentes na Consulta Externa do CHCB.

Resultados: Obtiveram-se 89 respostas, tendo-se excluído 7 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Na amostra, a maioria era do sexo feminino, tinha idade entre os 35 e os 44 anos e realizava terapêutica de base. Chegou-se a uma prevalência de automedicação de 78,05%, que inclui, mais frequentemente, o uso de analgésicos e anti-inflamatórios (41,11% e 33,33%, respetivamente), aconselhados por um farmacêutico, enfermeiro ou outro pessoal ligado à saúde (57,81%), adquiridos na farmácia (82,81%) e que não prejudicaram a situação





clínica dos participantes (98,44%). 68,29% da população concorda parcialmente com a prática de automedicação, 75,61% considera-a perigosa e 39,02% apontam os problemas no Sistema Nacional de Saúde como a principal motivação para esta prática.

Discussão/Conclusão: Os resultados obtidos apelam a um maior estudo da automedicação e das variáveis que a influenciam e reforçam a crescente autonomia dos doentes.

REFERENCES

1. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*. 2014;5(1):19.
2. de Sousa Domingues S. Automedicação na Freguesia de Soure. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2014.
3. Soares Cruz P, Caramona M, Pereira Guerreiro M. UMA REFLEXÃO SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO E MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA EM PORTUGAL. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*. 2015.
4. Barbosa Peixoto J. Automedicação no Adulto. Universidade Fernando Pessoa; 2008.
5. Automedicação [Internet]. Atlas da Saúde. 2017 [cited 2 October 2017]. Disponível em: <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/automedicacao-0>
6. Lopes N. Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2007;(78):119-138.
7. Antunes Nogueira R. ANÁLISE DA AUTOMEDICAÇÃO EM PORTUGAL E SEUS INTERVENIENTES. ISCTE Business School, Instituto Universitário de Lisboa; 2011.
8. Ministério da Saúde. *Diário da República*. 2007 p. 22849-22850.
9. WHO. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication. Geneva; 2000.
10. The role of the pharmacist in the health care system. [Geneva]: World Health Organization; 1988.
11. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. [Geneva]: Dept. of Essential Drugs and Other Medicines, World Health Organization; 1998.



Cardiotocografia vs STAN: as diferenças nos partos no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) entre 2015 e 2016

Rita Lourenço Lucas da Rosa

Objetivo: Determinar se o STAN apresenta melhores resultados no parto comparativamente à cardiotocografia convencional.

Introdução: A monitorização fetal intraparto é um método essencial e integrante da prática clínica obstétrica atual. Tem como objetivo evitar a ocorrência de complicações e lesões relacionadas com a hipoxia e acidose metabólica fetais durante o parto, a fim de evitar a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar morbilidade fetal e/ou materna.[2] A cardiotocografia (CTG) regista simultaneamente a frequência cardíaca fetal e a contractilidade uterina e é, atualmente, o método mais comumente utilizado.[3,4] Apesar disso, pode ser influenciada por diversos fatores e levar a interpretações erróneas dos registos que podem resultar em intervenções desnecessárias e aumento dos partos por cesariana, muitas vezes sem quaisquer benefícios para a mãe e/ou feto.[1] No sentido de colmatar as suas desvantagens e a falta de evidência de benefícios no seu uso, foi introduzida uma nova tecnologia denominada de STAN que combina o registo cardiotocográfico com a análise do ECG fetal, permitindo uma monitorização contínua do estado fetal.[1]

No CHCB, o STAN foi introduzido em agosto de 2013. Porém, não é regularmente utilizado e alguns médicos encontram reservas sobre os benefícios da sua utilização.

Material e Métodos: Estudo comparativo retrospectivo de partos de feto único no CHCB durante 2015 e 2016, com base nos dados dos processos clínicos de utentes do sexo feminino. 75 partos foram monitorizados com STAN e 134 com CTG. A análise estatística foi efetuada com o SPSS®24.



Resultados e Discussão:

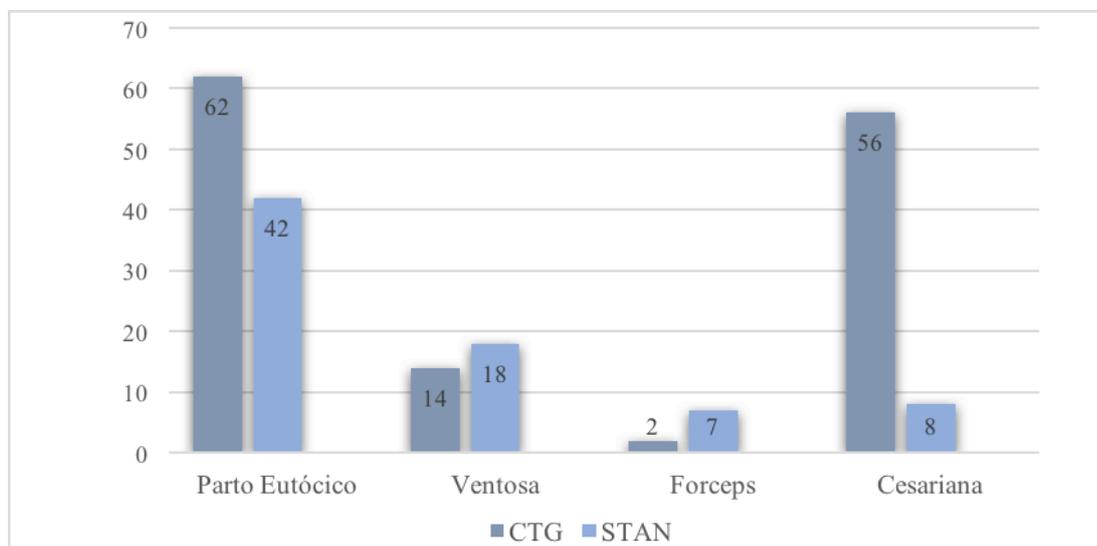


Figura 1 Tipo de parto de acordo com a monitorização

		Tipo de Parto				
		Parto Eutócico	Ventosa	Fórceps	Cesariana	Total
CTG	Primíparas	27 (20,1%)	12 (9,0%)	2 (1,5%)	31 (23,2%)	72 (53,7%)
	Múltiparas	35 (26,1%)	2 (1,5%)	0	25 (18,7%)	62 (46,3%)
	Total	62 (46,3%)	14 (10,4%)	2 (1,5%)	56 (41,8%)	134 (100,0%)
STAN	Primíparas	18 (24,0%)	13 (17,3%)	4 (5,3%)	5 (6,7%)	40 (53,3%)
	Múltiparas	24 (32,0%)	5 (6,7%)	3 (4,0%)	3 (4,0%)	35 (46,7%)
	Total	42 (56,0%)	18 (24,0%)	7 (9,3%)	8 (10,7%)	75 (100,0%)

Tabela 1 Tipo de parto de acordo com a paridade das mulheres e a monitorização



		Tipo de parto			
		Parto Eutócico	Ventosa	Cesariana	Total
Parto anterior	Parto Eutócico	26 (41,9%)	1 (1,6%)	5 (8,1%)	32 (51,6%)
	Ventosa	1 (1,6%)	0	2 (3,2%)	3 (4,8%)
	Forceps	5 (8,1%)	0	2 (3,2%)	7 (11,3%)
	Cesariana	3 (4,8%)	1 (1,6%)	16 (25,8%)	20 (32,3%)
	Total	35 (56,5%)	2 (3,2%)	25 (40,3%)	62 (100%)

Tabela 2 Relação entre o tipo de parto anterior e o atual com CTG

		Tipo de parto				
		Parto Eutócico	Ventosa	Forceps	Cesariana	Total
Parto anterior	Parto Eutócico	17 (46,8%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	0	50 (57,1%)
	Ventosa	2 (5,7%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	0	5 (11,4%)
	Forceps	1 (2,9%)	1 (2,9%)	0	0	2 (5,7%)
	Cesariana	4 (11,4%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	3 (8,6%)	9 (25,7%)
	Total	24 (68,6%)	5 (14,3%)	3 (8,6%)	3 (8,6%)	35 (100%)

Tabela 3 Relação entre o tipo de parto anterior e o atual com STAN

Através dos resultados obtidos, verificou-se que o uso do STAN permitiu reduzir o número de cesarianas, aumentar o número de partos eutócicos tanto nas primíparas quanto nas múltiparas e também reduzir a percentagem de cesarianas após uma cesariana anterior. No entanto, houve a registar uma maior taxa de partos vaginais instrumentalizados nas mulheres monitorizadas com STAN do que com CTG.

Conclusão: Neste estudo, concluiu-se que o uso STAN foi benéfico para a redução das taxas de cesarianas, aumento da taxa de partos eutócicos e para o prognóstico do parto, pelo que a utilização da técnica do STAN deve ser mais implementada no CHCB.





REFERENCES

1. Amer-Wahlin I, Kwee A, Combined cardiotocographic and ST event analysis: A review, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology (2015)
2. Susana S. Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015
3. Sundström A, David Rosén, Rosén K G. Vigilância fetal. Goteburgo: Neoventa Medical AB.
4. Freeman RK. Intrapartum fetal monitoring - a disappointing story. N Engl J Med 1990;322:624-



Avaliação da fluxometria doppler das artérias uterinas nas grávidas: análise crítica da experiência de três anos no CHCB

Andreia Guimarães Certo, Dra. Fernanda Taliberti Pereto Meyer (orientadora)
e Prof. Doutor José Martinez de Oliveira (co-orientador)

Objetivo: Caracterizar a população de grávidas do CHCB1 em que foram detetada ecograficamente, IP2 das artérias uterinas maior que 1.5, avaliando variáveis associadas a fatores de risco, clínicas e de tratamento, fazendo ainda uma comparação dos resultados com um grupo controlo.

Introdução: O fluxo das artérias uterinas pode ser estudado através do doppler no segundo trimestre; este exame tem sido utilizado para avaliar o aumento de resistência associado a insuficiência placentária e eventual desenvolvimento de PE3, RCIU4 e outras complicações.

Métodos: Estudo observacional, analítico e retrospectivo, cujos dados foram recolhidos dos processos clínicos das grávidas cujo parto resultou um nado-vivo, nascido entre o dia 1 de Julho de 2013 e 30 de Junho de 2016 no CHCB.

Resultados: A amostra é constituída por 94 gestações para o grupo de estudo e 47 gestações para o grupo de controlo. Detetaram-se 38 casos de alto risco e 56 casos de risco moderado. Verificou-se na análise inferencial, correlações entre a variável dependente com as variáveis hábitos tabágicos, gravidez medicamente assistida, RCIU e índice de APGAR menor que 7. Também se verificou correlação entre o uso AAS5 no grupo de risco moderado com as variáveis peso do recém-nascido à nascença, idade gestacional, tipo de parto e distúrbios do ritmo cardíaco do recém-nascido.

Conclusão: Este estudo fornece mais provas quanto à associação do IP das artérias uterinas a certas variáveis. Assim, a determinação da resistência ao nível da circulação útero-placentária no segundo trimestre de gestação mediante medição do IP é um teste útil para a identificação precoce de certas complicações.

1.Centro Hospitalar da Cova da Beira; 2.Índice de Pulsatilidade; 3.Pré-eclâmpsia; 4.Restrição do Crescimento Intrauterino; 5.ácido acetil-salicílico.





REFERENCES

1. Sheppard BL and Bonnar J. An ultrastructural study of utero-placental spiral arteries in hypertensive and normotensive pregnancy and fetal growth retardation. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.1981;88(7):695-705. doi:10.1111/j.1471-0528.1981.tb01268.
2. Campbell S et al. New Doppler technique for assessing uteroplacental blood flow. *The lancet*.1983;321(8326):675-77. doi:10.1016/S0140-6736(83)91970-0.
3. Papageorgiou AT et al. Multicenter screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by transvaginal uterine artery Doppler at 23 weeks of gestation. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*. 2001; 18(5):441-49. doi:10.1046/j.0960- 7692.2001.00572. 4. Groom, Katie M, et al. Patterns of change in uterine artery Doppler studies between 20 and 24 weeks of gestation and pregnancy outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 2009;113(2 Pt 1):332-8. doi:10.1097/AOG.0b013e318195b223.
5. Conde-Agudelo A, Villar J, and Lindheimer M. World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology [Internet]*.2004;104(6):1367-91. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15572504>
6. Owen P, Murphy J, and Farrell T. Is there a relationship between estimated fetal weight and umbilical artery Doppler impedance indices?. *Ultrasound in obstetrics & gynecology [Internet]*.2003; 22(2):157-9. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12905510>
7. Toal M, et al. Usefulness of a placental profile in high-risk pregnancies. *American journal of obstetrics and gynecology [Internet]*.2007;196(4): 363.e1-7. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403424>
8. Alfirevic Z, Stampalija T, and Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *The Cochrane Library*. 2017;6. doi:10.1002/14651858.CD007529.pub4.
9. Campos A. O Papel da Aspirina na Prevenção da Pré-Eclâmpsia: Estado da Arte. *Acta Médica Portuguesa [Internet]*.2015;28(4): 517-24. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26574989>
- 10.Khan KS, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The lancet*.2006;367(9516): 1066-74. doi:10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
- 11.Póvoa AM, et al. Prevalence of hypertension during pregnancy in Portugal. *Hypertension in pregnancy*.2008;27(3): 279-84. doi:10.1080/10641950802000943. 12.Cnossen JS, et al. Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict preeclampsia and intrauterine growth restriction: a systematic review and bivariable meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*.2008;178(6): 701-11. doi:10.1503/cmaj.070430.
- 13.Tandberg A, et al. Pre-eclampsia and assisted reproductive technologies: consequences of advanced maternal age, interbirth intervals, new partner and smoking habits. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.2015;122(7):915-22. doi:10.1111/1471-0528.13051.
- 14.Pestana MH, Gageiro JN. *Descobrimos a regressão: com a complementaridade do SPSS*, Primeira Ed.Lisboa: Sílabo; 2005. P.357
- 15.Zimmermann P, et al. Doppler assessment of the uterine and uteroplacental circulation in the second trimester in pregnancies at high risk for pre-eclampsia and/or intrauterine growth retardation: comparison and correlation between different Doppler parameters. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*.1997;9(5): 330-38. doi: 10.1046/j.1469-0705.1997.09050330.
- 16.Aardema MW, et al. Second trimester Doppler ultrasound screening of the uterine arteries differentiates between subsequent normal and poor outcomes of hypertensive pregnancy: two





- different pathophysiological entities?. *Clinical Science* [Internet].2004;106(4):377-82. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14636154>
17. Moore TR, and Jonathan EC. The amniotic fluid index in normal human pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*.1990;162(5): 1168-73. doi:10.1016/0002-9378(90)90009.
18. American Academy of Pediatrics and American Heart Association. *Textbook of Neonatal Resuscitation*. 6th Ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and American Heart Association;2011.
19. Hernandez-Andrade E, Brodzki J, Lingman G, Gudmundsson S, Molin J, Marsál K. Uterine artery score and perinatal outcome. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* [Internet].2002; 19(5):438-42. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11982974>
20. Tayyar A, et al. Uterine artery pulsatility index in the three trimesters of pregnancy: effects of maternal characteristics and medical history. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*.2015;45(6):689-97. doi: 10.1002/uog.14789.
21. Liu X, Ruan Y, Liu Y, Zhang W. Relationship between maternal age and hypertensive disorders in pregnancy. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* [Internet].2015;95(1):19-22. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25876802>
22. Figueiro Filho EA, Oliveira VM, Coelho LR, and Brenda I. Marcadores séricos de Trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em gestantes com antecedentes de pré-eclâmpsia grave. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012;34(1):40-46. doi:10.1590/S0100-72032012000100008
23. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, et al. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *Clinical research ed*. 2016;353:i1753. doi:10.1136/bmj.i1753.
24. Ali AA, Rayis DA, Abdallah TM, Elbashir MI, Adam I. Severe anaemia is associated with a higher risk for preeclampsia and poor perinatal outcomes in Kassala hospital, eastern Sudan. *BMC research notes*. 2011;4:311. doi: 10.1186/1756-0500-4-311.
25. Sibai, Baha M., et al. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. 1995;172(2 Pt 1): 642-8. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7856699>
26. Kimya Y, et al. Acute effects of maternal smoking on the uterine and umbilical artery blood velocity waveforms. *Journal of Maternal Fetal Investigation* [Internet].1998;8(2):79-81. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9685561>
27. Kho EM, et al. Changes in Doppler flow velocity waveforms and fetal size at 20 weeks gestation among cigarette smokers. *Obstetrics & Gynaecology*.2009;116(10):1300-6. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02266.
28. McParland P, Pearce JM, and Chamberlain GVP. Doppler ultrasound and aspirin in recognition and prevention of pregnancy-induced hypertension. *The Lancet*.1990;335(8705):1552-5. doi:10.1016/0140-6736(90)91377.
29. Bower SJ, et al. Prediction of pre-eclampsia by abnormal uterine Doppler ultrasound and modification by aspirin. *Obstetrics & Gynaecology*.1996;103(7):625-9. doi:10.1111/j.1471-0528.1996.tb09829.
30. Morris JM, et al. A randomized controlled trial of aspirin in patients with abnormal uterine artery blood flow. *Obstetrics & Gynecology* [Internet].1996;87(1):74-8. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8532271>
31. Harrington K, et al. A prospective management study of slow-release aspirin in the palliation of uteroplacental insufficiency predicted by uterine artery Doppler at 20 weeks. *Ultrasound in*





obstetrics & gynecology [Internet].2000;15(1):13-8. Disponível:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10776007>

32.Zimmermann P, et al. Effect of low-dose aspirin treatment on vascular resistance in the uterine, uteroplacental, renal and umbilical arteries—A prospective longitudinal study on a high risk population with persistent notch in the uterine arteries. European journal of ultrasound.1997;5(1);17-30. doi:10.1016/S0929-8266(96)00203-0



Avaliação do comprimento do colo uterino nas grávidas: análise crítica da experiência de três anos no CHCB

Inês Fontes Almeida Pintor, Dra. Fernanda Taliberti Pereto Meyer (orientadora) e Prof. Doutor José Martinez de Oliveira (co-orientador)

INTRODUÇÃO: Vários fatores maternos influenciam o encurtamento do cérvix. A definição de colo curto é variável, mas consideram-se valores $\leq 25\text{mm}$; ecografia TV é o método mais eficaz para a medição. O desfecho do colo curto na gravidez com mais destaque pela prevalência/morbimortalidade é o PPT.

METODOLOGIA: Estudo observacional, analítico, retrospectivo; dados recolhidos dos processos clínicos das grávidas que tiveram parto com um feto-vivo, 1/07/ 2013 – 30/06/2016 no CHCB.

RESULTADOS: A amostra constitui-se por um grupo de estudo (118 casos: 17 do grupo de alto risco; 101 do grupo de médio risco) e um de controlo (21 elementos). Nenhum resultado foi estatisticamente significativo, mas fatores como mioma, SGB 6 ,ITU 4 , diabetes gestacional e prematuridade prévia, tiveram maior percentagem no grupo de alto risco; a via mais utilizada para cervicometria foi TA 5 , mas a maioria dos casos de alto risco foram detetados por via TV. A progesterona foi utilizada em 9 grávidas do grupo de médio risco e 9 do grupo de alto risco; no grupo de médio risco, as grávidas tratadas não tiveram desfechos adversos, contrariamente às não tratadas.

CONCLUSÃO: O reduzido tamanho da amostra não permite tirar conclusões à cerca da problemática do colo curto na população estudada. Ainda assim, alerta para a necessidade de continuar o rastreio do colo curto e tratar os casos de alto risco com Progesterona, evitando o PPT.

1.Centro Hospitalar da Cova da Beira; 2.Parto pré-termo; 3.Transvaginal; 4.Infeção do trato urinário; 5.Transabdominal. 6. streptococcus do grupo B

REFERENCES

1. MYERS, Kristin M., et al. The mechanical role of the cervix in pregnancy. *Journal of biomechanics*, 2015, 48.9: 1511-1523.
2. NEWNHAM, John P., et al. Applying Precision Public Health to Prevent Preterm Birth. *Frontiers in public health*, 2017, 5.
3. LEE, Seung Mi, et al. Frequency and clinical significance of short cervix in patients with preterm premature rupture of membranes. *PloS one*, 2017, 12.3: e0174657.
4. DELNORD, Marie; BLONDEL, Béatrice; ZEITLIN, Jennifer. What contributes





- to disparities in the preterm birth rate in European countries?. Current opinion in obstetrics & gynecology, 2015, 27.2: 133.
5. NAMBIAR, Jayaraman Mavila, et al. Can Transabdominal Scan Predict a Short Cervix by Transvaginal Scan?. *Obstetrics and Gynecology International*, 2017, 2017.
 6. LIM, Kenneth, et al. Ultrasonographic cervical length assessment in predicting preterm birth in singleton pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2011, 33.5: 486-499.
 7. CARVALHO, M. H. B., et al. Avaliação do risco para parto prematuro espontâneo pelo comprimento do colo uterino no primeiro e segundo trimestres da gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2002, 24.
 8. BERGHELLA, V.; TALUCCI, M.; DESAI, A. Does transvaginal sonographic measurement of cervical length before 14 weeks predict preterm delivery in high-risk pregnancies?. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 2003, 21.2: 140-144.
 9. IAMS, Jay D., et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334.9: 567-573.
 10. BITTAR, Roberto Eduardo, et al. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2009, 31.4: 203-209.
 11. KINDINGER, Lindsay M., et al. The interaction between vaginal microbiota, cervical length, and vaginal progesterone treatment for preterm birth risk. *Microbiome*, 2017, 5.1: 6.
 12. VINTZILEOS, Anthony M.; VISSER, Gerard HA. Interventions for women with mid-trimester short cervix: which ones work?. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2017, 49.3: 295-300.
 13. SINNO, Abdulrahman; USTA, Ihab M.; NASSAR, Anwar H. A short cervical length in pregnancy: management options. *American journal of perinatology*, 2009, 26.10: 761-770.
 14. CAMPBELL, Stuart. Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2011, 38.1: 1-9.
 15. CRANE, J. M. G.; HUTCHENS, D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2008, 31.5: 579-587.
 16. PALMA-DIAS, R. S., et al. Relation of cervical length at 22-24 weeks of gestation to demographic characteristics and obstetric history. *Brazilian journal of medical and biological research*, 2004, 37.5: 737-744.
 17. SCORE, APGAR. Use and abuse of the Apgar score. *Pediatrics*, 1986, 78.6.
 18. KLEIN, Katharina, et al. Prediction of spontaneous preterm delivery in twin pregnancies by cervical length at mid-gestation. *Twin Research and Human Genetics*, 2008, 11.5: 552-557.
 19. VAN DER VEN, A. J., et al. Is cervical length associated with maternal characteristics?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2015, 188: 12-16.
 20. ALBAYRAK, Mustafa, et al. Can maternal height predict shorter cervical length in asymptomatic low-risk pregnant women?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2011, 157.2: 161-165.
 21. ERASMUS, I., et al. Cervical length at 23 weeks gestation-relation to demographic characteristics and previous obstetric history in South African women.





South African Medical Journal, 2005, 95.9.

22. HEATH, V. C. F., et al. Cervical length at 23 weeks of gestation: relation to demographic characteristics and previous obstetric history. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 1998, 12.5: 304-311.

23. ABENHAIM, Haim A., et al. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2007, 275.1: 39-43.

24. CHO, Soo-Hyun, et al. Maternal Characteristics, Short Mid-Trimester Cervical Length, and Preterm Delivery. *Journal of Korean medical science*, 2017, 32.3: 488-494.

25. GLANC, Phyllis, et al. ACR Appropriateness Criteria® assessment of gravid cervix. *Ultrasound quarterly*, 2011, 27.4: 275-280.

26. CRANE, Joan MG; DELANEY, Tina; HUTCHENS, Donna. Transvaginal ultrasonography in the prediction of preterm birth after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 2006, 107.1: 37-44.

27. SCHOLL, Theresa O. Maternal iron status: relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate. *Nutrition reviews*, 2011, 69.suppl_1: S23-S29.

28. ANUM, Emmanuel A.; BROWN, Haywood L.; STRAUSS III, Jerome F. Health disparities in risk for cervical insufficiency. *Human Reproduction*, 2010, 25.11: 2894-2900.

29. SHAVELL, Valerie I., et al. Adverse obstetric outcomes associated with sonographically identified large uterine fibroids. *Fertility and sterility*, 2012, 97.1: 107-110.

30. BARCAITE, Egle, et al. Prevalence of maternal group B streptococcal colonisation in European countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2008, 87.3: 260-271.

31. WHIDBEY, Christopher, et al. A hemolytic pigment of Group B Streptococcus allows bacterial penetration of human placenta. *Journal of Experimental Medicine*, 2013, 210.6: 1265-1281.

32. HASSAN, Sonia, et al. A sonographic short cervix as the only clinical manifestation of intra-amniotic infection. *Journal of perinatal medicine*, 2006, 34.1: 13-19.

33. SZWEDA, Hanna; JÓŹWIK, Marcin. Urinary tract infections during pregnancy- an updated overview. *Dev. Period Med*, 2016, 20: 263-272.

34. FONSECA, Eduardo B., et al. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357.5: 462-469.

35. HASSAN, S. S., et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2011, 38.1: 18-31.



Perceções da população sobre a adequação do Suporte Básico de Vida em paragem cardiorrespiratória

Andreia Filipa Branco Pereira ¹ Professor Doutor Miguel Castelo-Branco ¹ Doutora Juliana Sá ¹

1 - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI)

Objetivo: Estudar se a população percebe a importância da aplicação de Suporte Básico de Vida (SBV) em caso de paragem cardiorrespiratória e qual o seu conhecimento sobre este.

Introdução: Segundo o Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-hospitalar, em 2016 foram confirmadas 15 432 paragens cardiorrespiratórias. Em apenas 20% das ocorrências foi iniciado SBV antes da chegada das equipas de emergência. O SBV inclui um conjunto de procedimentos definidos e metodologias padronizadas, cujo objetivo final é o restabelecimento da função cardiorrespiratória, adotando um papel determinante no desfecho de situações de vida ou morte.

Materiais e métodos: Estudo de carácter observacional e transversal, no qual se distribuiu um questionário por toda a população da UBI.

Resultados: Obtiveram-se 244 respostas, tendo-se excluído 15 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Na amostra, 71.3% era do sexo feminino, 83% tinha idade entre os 18 e 33 anos e mais de metade tinha formação em SBV. Quanto ao conhecimento sobre o procedimento, mais de 80% da amostra respondeu corretamente às perguntas gerais sobre SBV do adulto. Nas questões relativas à utilização do DAE, ao algoritmo de desobstrução da via aérea e SBV da criança, 60%, 60% e 87.7% da amostra errou, respetivamente. 98,7% da população considera importante ter formação nesta área e está disponível para que lhe sejam transmitidos estes conhecimentos. A falta de informação e de tempo foram os principais obstáculos encontrados.

Discussão/Conclusão: Este estudo reforça a necessidade de proporcionar à população geral formação em SBV, tendo em vista a diminuição da morbimortalidade.

REFERENCES

1. Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, García-Azpiazu Z, Unanue-Arza S. Knowledge and attitudes of citizens in the Basque Country (Spain) towards cardiopulmonary resuscitation and automatic external defibrillators. *Medicina Intensiva (English Edition)*. 2016;40(2):75-83.
2. Dixe M, Gomes J. Knowledge of the Portuguese population on Basic Life Support and availability to attend training. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(4):0640-0649.
3. Marco C, Larkin G. Cardiopulmonary resuscitation: Knowledge and opinions among the U.S. general public. *Resuscitation*. 2008;79(3):490-498.
4. Dobbie F, MacKintosh A, Bauld L. Exploring the knowledge, attitudes, and behaviour of the general public to responding to out-of-hospital cardiac arrest. 2016; 6-18.
5. Olasveengen T, de Caen A, Mancini M. 2017 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science





With Treatment Recommendations Summary. 2017; 201-213.

6. Suporte Básico de Vida. INEM. 2017 [visitado a 5 Maio 2017]. Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida.pdf>

7. Registo Nacional de PCR [Internet]. Extranet.inem.pt. 2017 [visitado a 5 Maio 2017]. Disponível em: <http://extranet.inem.pt/pcr/>

8. UBI em números [Internet]. 2011 [visitado a 9 May 2017]. Disponível em: 8. https://www.ubi.pt/Ficheiros/PDF/Conteudos/UBI_numeros_2005_2011_VF.pdf



Complicações Locais e Sistémicas da Pneumonia Adquirida na Comunidade

Mário Rui Correia*; Venceslau Espanhol*,^a ; Cecília Ferraz Pacheco ^b

*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

^a Centro Hospitalar de São João, Serviço de Pneumologia, Porto, Portugal

^b Hospital de Braga, Serviço de Pneumologia, Braga, Portugal

Objetivo: Consciencializar para a elevada prevalência e mortalidade da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), assim como das suas complicações locais e sistémicas.

Introdução: As doenças respiratórias são a terceira maior causa de morte na União Europeia, sendo a PAC responsável por 30% destas. Clinicamente manifesta-se com tosse, dor torácica e febre e afeta principalmente idosos. É frequentemente causada por *Streptococcus pneumoniae*. A PAC é responsável por 3,7% de todos os internamentos em adultos. A mortalidade permanece elevada, apesar das melhorias da prevenção, da antibioterapia e dos cuidados intensivos prestados.

Materiais e métodos: Foi revistos artigos publicados nos últimos cinco anos depois da pesquisa bibliográfica através da Pubmed/MEDLINE, com a query “Community acquired pneumonia AND complications”

Resultados: As complicações pulmonares, como derrame pleural e empiema, são as mais comuns. Implicam maior tempo de internamento, demora da melhoria clínica e cursam mais frequentemente com choque séptico. Já as complicações cardiovasculares, recentemente descritas em massa, estão presentes em até um terço dos doentes com PAC. Insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio e arritmias são responsáveis por maiores taxas de letalidade.

Discussão/Conclusão: Apesar de não haver consenso acerca dos mecanismos de lesão, são comumente apontados como causa falhas imunológicas e inflamação sistémica. Mais recentemente demonstrou-se existir invasão direta pelas bactérias, descoberta que promete mudar paradigmas. Acredita-se que tanto o melhor entendimento da fisiopatologia da doença, como a consciencialização de que a PAC não tem apenas implicações pulmonares permitirão desenvolver novas medidas preventivas e terapêuticas, o que culminará em melhores resultados clínicos.





REFERENCES

1. Ho ED. Community-acquired pneumonia in adults and children. Primary care. 2013;40(3):655-69.
2. Prina E, Ranzani OT, Torres A. Community-acquired pneumonia. Lancet (London, England). 2015;386(9998):1097-108.
3. Sparham S, Charles PG. Controversies in diagnosis and management of community-acquired pneumonia. The Medical journal of Australia. 2017;206(7):316-9.
4. Brown JS. Community-acquired pneumonia. Clinical medicine (London, England). 2012;12(6):538-43.
5. Feldman C, Anderson R. Community-acquired pneumonia: still a major burden of disease. Current opinion in critical care. 2016;22(5):477-84.
6. Feldman C, Anderson R. Community-Acquired Pneumonia: Pathogenesis of Acute Cardiac Events and Potential Adjunctive Therapies. Chest. 2015;148(2):523-32.
7. Bowles D, Perrin K. A retrospective case series of 44 patients with community-acquired Staphylococcus aureus pneumonia. The New Zealand medical journal. 2014;127(1391):74-83.
8. He J, Liu M, Ye Z, Tan T, Liu X, You X, et al. Insights into the pathogenesis of Mycoplasma pneumoniae (Review). Molecular medicine reports. 2016;14(5):4030-6.
9. Faverio P, Aliberti S, Bellelli G, Suigo G, Lonni S, Pesci A, et al. The management of community-acquired pneumonia in the elderly. European journal of internal medicine. 2014;25(4):312-9.
10. Quan TP, Fawcett NJ, Wrightson JM, Finney J, Wyllie D, Jeffery K, et al. Increasing burden of community-acquired pneumonia leading to hospitalisation, 1998-2014. Thorax. 2016;71(6):535-42.
11. Froes F. [Morbidity and mortality of community-acquired pneumonia in adults in Portugal]. Acta medica portuguesa. 2013;26(6):644-5.
12. Mannu GS, Loke YK, Curtain JP, Pelpola KN, Myint PK. Prognosis of multi-lobar pneumonia in community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. European journal of internal medicine. 2013;24(8):857-63.
13. Froes F, Diniz A, Mesquita M, Serrado M, Nunes B. Hospital admissions of adults with community-acquired pneumonia in Portugal between 2000 and 2009. The European respiratory journal. 2013;41(5):1141-6.
14. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016: OECD Publishing.
15. Cilloniz C, Ewig S, Polverino E, Munoz-Almagro C, Marco F, Gabarrus A, et al. Pulmonary complications of pneumococcal community-acquired pneumonia: incidence, predictors, and outcomes. Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2012;18(11):1134-42.
16. Mongardon N, Max A, Bougle A, Pene F, Lemiale V, Charpentier J, et al. Epidemiology and outcome of severe pneumococcal pneumonia admitted to intensive care unit: a multicenter study. Critical care (London, England). 2012;16(4):R155.
17. Restrepo MI, Reyes LF, Anzueto A. Complication of Community-Acquired Pneumonia (Including Cardiac Complications). Seminars in respiratory and critical care medicine. 2016;37(6):897-904.
18. Corrales-Medina VF, Taljaard M, Fine MJ, Dwivedi G, Perry JJ, Musher DM, et al. Risk stratification for cardiac complications in patients hospitalized for community-acquired pneumonia. Mayo Clinic proceedings. 2014;89(1):60-8.





19. Aspa J. The future is now in community-acquired pneumonia: cardiovascular complications and conjugate vaccines. *Archivos de bronconeumologia*. 2012;48(10):347-8.
20. Aliberti S, Ramirez JA. Cardiac diseases complicating community-acquired pneumonia. *Current opinion in infectious diseases*. 2014;27(3):295-301.
21. Rae N, Finch S, Chalmers JD. Cardiovascular disease as a complication of community-acquired pneumonia. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2016;22(3):212-8.
22. Griffin AT, Wiemken TL, Arnold FW. Risk factors for cardiovascular events in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2013;17(12):e1125-9.
23. Corrales-Medina VF, Musher DM, Shachkina S, Chirinos JA. Acute pneumonia and the cardiovascular system. *Lancet (London, England)*. 2013;381(9865):496-505.
24. Aliberti S, Ramirez J, Cosentini R, Valenti V, Voza A, Rossi P, et al. Acute myocardial infarction versus other cardiovascular events in community-acquired pneumonia. *ERJ open research*. 2015;1(1).
25. Violi F, Cangemi R, Falcone M, Taliani G, Pieralli F, Vannucchi V, et al. Cardiovascular Complications and Short-term Mortality Risk in Community-Acquired Pneumonia. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2017;64(11):1486-93.
26. Cangemi R, Calvieri C, Falcone M, Bucci T, Bertazzoni G, Scarpellini MG, et al. Relation of Cardiac Complications in the Early Phase of Community-Acquired Pneumonia to Long-Term Mortality and Cardiovascular Events. *The American journal of cardiology*. 2015;116(4):647-51.
27. Viasus D, Garcia-Vidal C, Manresa F, Dorca J, Gudiol F, Carratala J. Risk stratification and prognosis of acute cardiac events in hospitalized adults with community-acquired pneumonia. *The Journal of infection*. 2013;66(1):27-33.
28. Lenz H, Norby GO, Dahl V, Ranheim TE, Haagensen RE. Five-year mortality in patients treated for severe community-acquired pneumonia - a retrospective study. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2017;61(4):418-26.
29. Shah FA, Pike F, Alvarez K, Angus D, Newman AB, Lopez O, et al. Bidirectional relationship between cognitive function and pneumonia. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2013;188(5):586-92.
30. Serov VA, Shutov AM, Kuzovenkova MY, Ivanova YV, Serova DV. [Prognostic value of acute kidney injury in patients with community-acquired pneumonia]. *Terapevticheskii arkhiv*. 2016;88(6):9-13.
31. Cilloniz C, Ewig S, Polverino E, Marcos MA, Prina E, Sellares J, et al. Community-acquired pneumonia in outpatients: aetiology and outcomes. *The European respiratory journal*. 2012;40(4):931-8.
32. Brown AO, Millett ER, Quint JK, Orihuela CJ. Cardiotoxicity during invasive pneumococcal disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2015;191(7):739-45.
33. Reyes LF, Restrepo MI, Hinojosa CA, Soni NJ, Anzueto A, Babu BL, et al. Severe Pneumococcal Pneumonia Causes Acute Cardiac Toxicity and Subsequent Cardiac Remodeling. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2017;196(5):609-20.
34. Bachoumas K, Lebert C, Lacherade JC, Reignier J. Community-acquired





Acinetobacter baumannii pneumonia. Medecine et maladies infectieuses.
2015;45(8):337-9.



Hipertensão Arterial: Fatores de adesão terapêutica e intervenções benéficas

Tânia Daniela Gonçalves Ferreira, aluna 6ºano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde

Prof. Dr. Miguel Castelo-Branco Sousa, Médico Assistente Graduado Senior de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Cova da Beira

Objectivo: Caracterizar quais os fatores relacionados com o doente que levam a uma fraca adesão à terapêutica anti-hipertensora. Pretende-se também entender as estratégias existentes para melhorar a adesão terapêutica e qual o seu sucesso na prática..

Introdução: A hipertensão arterial é um importante factor de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular que apresenta uma elevada prevalência mundial (1). Embora tenham sido feitos importantes avanços no seu tratamento, as taxas de controlo desta doença permanecem baixas. A fraca adesão à terapêutica anti-hipertensora é citada como uma das principais causas deste controlo limitado e diversos factores podem afecta-la adversamente. (2)

Material e métodos: Pesquisa de estudos no motor de busca Pubmed, em língua inglesa, portuguesa e espanhola, que incluem uma análise de pelo menos dois dos seguintes termos: hypertension, adherence, psychosocial aspects of hypertension, improving therapeutic adherence, illness perceptions e medication beliefs.

Resultados: Esta revisão demonstrou uma diversidade de factores determinantes da adesão que podem estar relacionados com o próprio paciente, com a doença ou terapêutica; ser de natureza socioeconómica ou relacionados com o sistema de saúde (3). Existe uma panóplia de estratégias que podem ser implementadas e têm o potencial de melhorar a adesão e alcançar o controlo da PA.

Conclusão: A evidência actual demonstra a magnitude da problemática da adesão e a necessidade de exploração do contexto multifactorial que lhe é inerente. Assim, salienta-se a importância de reforçar a aplicação das intervenções que provaram ter sucesso na prática ao promover maior adesão.





REFERENCES

1. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health. 2014;176.
2. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. 2017;4(November 2016).
3. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? 2011;

