

XXII JNPC



Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual

01 • 02 março 2018

TIVOLI MARINA HOTEL | VILAMOURA

Presidente • Prof. Doutor A. Dinis da Gama

Secretários Gerais • Dr. José Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas

Homenagem Nacional ao Prof. Doutor A. Dinis da Gama



Imagem: Ad Médic

CONSULTE O PROGRAMA
COM RESUMOS



Programa Científico



Antigos Presidentes das Jornadas

- 1997 **I Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor M. Machado Macedo
- 1998 **II Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Pedro Eurico Lisboa
- 1999 **III Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Salomão Sequerra Amram
- 2000 **IV Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor F. Manuel Fonseca Ferreira
- 2001 **V Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Mário Gentil Quina
- 2002 **VI Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. A. Barros Veloso
- 2003 **VII Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. António Gentil Martins
- 2004 **VIII Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. Paes de Sousa
- 2005 **IX Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Nuno Cordeiro Ferreira
- 2006 **X Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor. J. A. Machado Caetano
- 2007 **XI Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Manuel Meirinho
- 2008 **XII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor A. Galvão-Teles
- 2009 **XIII Jornadas Nacionais Patient Care** Doutor Ricardo Seabra-Gomes
- 2010 **XIV Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor A. Linhares Furtado
- 2011 **XV Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. Mário da Silva Moura
- 2012 **XVI Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Daniel Serrão
- 2013 **XVII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Fernando Pádua
- 2014 **XVIII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Walter Osswald
- 2015 **XIX Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. Almeida Ruas
- 2016 **XX Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor António Pacheco Palha
- 2017 **XXI Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor José Castro Lopes

Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário.

**CONTAMOS CONSIGO,
CONTE CONNOSCO!**

**PRÓXIMAS JORNADAS
21-22 FEVEREIRO 2019**



Comissão de Honra

Ministro da Saúde > Bastonário da Ordem dos Médicos > Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve > Presidente da Câmara Municipal de Loulé



Comissão Organizadora

PROF. DOUTOR A. DINIS DA GAMA Cirurgião Vascular; Professor Catedrático Jubilado da Universidade de Lisboa; Coordenador do Núcleo de Especialistas de Cirurgia Vascular do Hospital da Luz, Lisboa > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos



Comissão Científica/Conselho Científico da revista *Patient Care*

DRA. ANA AROSO MONTEIRO Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetria, Porto > **PROF. DOUTOR ANTÓNIO SOUSA GUERREIRO** Chefe de Serviço de Medicina Interna; Coordenador da Unidade Funcional de Medicina 4, Hosp. de Sta. Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central; Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa > **DR. ARLINDO CARVALHO** Chefe de Serviço de Ginecologia, Lisboa > **PROF. DOUTOR ARMANDO BRITO DE SÁ** Médico de Família na USF Conde Saúde, Quinta do Conde, ACeS Arrábida; Professor Auxiliar Convocado da Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa > **DRA. BEATRIZ COSTA NEVES** Assistente Graduada Sénior de Gastrenterologia, Coordenadora da Unidade de Gastrenterologia do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. CARLOS MACHADO E COSTA** Assistente Graduado de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Assistente Convocado da Faculdade de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR CARLOS RAMALHÃO** Cardiologista, Porto > **DRA. CÁTIA ALBINO** Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **PROF. DOUTOR DAVIDE CARVALHO** Director do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar S. João, Porto; Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da UP; Investigador do I3s da UP; Membro da Academia Nacional de Medicina > **DR. FILIPE FROES** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Hospital Pulido Valente - CHLN, EPE; Consultor da Direção-Geral da Saúde > **PROF. DOUTOR FRANCISCO ANTUNES** Chefe de Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa; Professor Catedrático Convocado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical > **DR. FRANCISCO MENEZES BRANDÃO** Dermatologista, Lisboa > **PROF. DOUTOR FRANCISCO SALVADO** Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA** Diretor do Serviço 1, Hospital D. Estefânia; Assistente Convocado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa > **PROF. DOUTOR J. C. MENDES DE ALMEIDA** Diretor de Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Professor da Fac. de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR J. MANUEL ROMÃOZINHO** Chefe de Serviço de Gastroenterologia dos HUC, Coimbra > **PROF. DOUTOR JACINTO MONTEIRO** Diretor do Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **PROF. DOUTOR JOÃO BARRETO** Prof. Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto; Chefe de Serviço de Psiquiatria > **DR. JOÃO FRANKLIN** Diretor de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa > **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Médico de Família. Unidade de Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa > **DR. JORGE LAINS** Diretor de

Serviço; Diretor Clínico Adjunto; Diretor do Internato Médico Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Hospital Rovisco Pais, Coimbra > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. JOSÉ DANIEL MENEZES** Chefe de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Lisboa > **DR. LUÍS ANTUNES** Chefe de Serviço de ORL; Diretor do Serviço de ORL, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia; Serviço de Urologia do Hospital St. Louis, Lisboa > **PROFa. DOUTORA MARIA JOSÉ SANTOS** Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR MIGUEL VIANA BAPTISTA** Assistente Graduado de Neurologia; Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade Cardíaca de Intervenção, Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **DR. PEDRO MARQUES DA SILVA** Consultor de Medicina Interna e responsável pelo Núcleo de Investigação Arterial e Consulta de Hipertensão e Dislipidemias da Medicina IV do Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar Lisboa Central; Coordenador do Núcleo de Estudos de Risco e Prevenção Cardiovascular da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Especialista de Farmacologia Clínica; Especialista de Hipertensão Clínica (Sociedade Europeia de Hipertensão); Vogal Médico da Direção da Fundação Portuguesa de Cardiologia > **DRA. ROSA GALLEGO** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Vila Franca de Xira > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DRA. TERESA VENTURA** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde Santo Condestável, Lisboa. Diretora de Internato da Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul. Assistente Convidada da Fac. de Ciências Médicas de Lisboa



Presidentes, Moderadores e Palestrantes

PROF. DOUTOR A. DINIS DA GAMA Cirurgião Vascular; Professor Catedrático Jubilado da Universidade de Lisboa; Coordenador do Núcleo de Especialistas de Cirurgia Vascular do Hospital da Luz, Lisboa > **DR. ALEXANDRE AMARAL E SILVA** Neurologista, Hospital de Vila Franca de Xira > **PROF. DOUTOR ANTÓNIO PEREIRA COELHO** Professor Jubilado de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Ex-Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução; Ex-Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Ex-Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; Comendador da Ordem Militar de Santiago da Espada > **DR. ANTÓNIO ROBALO NUNES** Diretor do Serviço de Imunohemoterapia, Hospital das Forças Armadas (Pólo de Lisboa); Diretor do Serviço de Imunohemoterapia, Hospital dos SAMS-SBSI (Lisboa) > **PROF. DOUTOR CARLOS MARTINS** Médico de Medicina Geral e Familiar, Hospital CUF, Porto > **DRA. CONCEIÇÃO BARBOSA** Assessora Técnica de Coordenação Médica no Serviço de Verificação de Incapacidades do Centro Distrital de Viana do Castelo acumulando funções como perita médica do mesmo serviço; Diretora do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde do Trabalho da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (Viana do Castelo), Médica do Trabalho > **PROF. DOUTOR CLAUDIO BORGHI** Especialista em Medicina Interna, Bolonha, Itália > **PROFa. DOUTORA CRISTINA GAVINA** Cardiologista, ULS Matosinhos > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Sâvida, EDP, Porto > **PROF. DOUTOR DAVIDE CARVALHO** Director do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar S. João, Porto; Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da UP; Investigador do I3s da UP; Membro da Academia Nacional de Medicina > **DR. FERNANDO MAUTEMPO** Especialista em Medicina do Trabalho; Diretor do Serviço Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do C. H. Baixo Vouga; Assessor Técnico de Coordenação Médico do SVI do ISS de Aveiro; Membro do Conselho Médico da Segurança Social > **DR. FILIPE ANTUNES** Medicina Física e Reabilitação; Medicina da Dor Hospital de Braga > **DR. FILIPE FROES** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Hospital Pulido Valente - CHLN, EPE; Consultor da Direção-Geral da Saúde > **PROF. DOUTOR FREDERICO B. GONÇALVES** Assistente Hospitalar do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Marta, Lisboa; Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa > **DRA. HELENA BEÇA** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Espinho; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte > **DR. HUGO RODRIGUES** Assistente Hospitalar de Angiologia e Cirurgia Vascular; Diretor da Unidade de Cirurgia Vascular, Hospital das Forças Armadas, Polo Lisboa (HFAR-PL) > **PROF. DOUTOR JOÃO CARLOS WINCK** Assistente Graduado de Pneumologia;

Coordenador das Unidades de Pneumologia do Hospital Privado de Alfena-Valongo e do Hospital Privado de Braga-Centro (Trofa Saúde); Consultor do Núcleo de Reabilitação Cardio-Respiratória do Centro de Reabilitação do Norte (CRN-SC Misericórdia do Porto); Competência em Medicina do Sono pela Ordem dos Médicos; Professor Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – FMUP; Investigador do Instituto de Inovação e Investigação em Saúde (I3S) da FMUP; Secretário do Grupo-02.02-*Noninvasive Ventilatory Support* na *European Respiratory Society*; Membro do *College of Experts* na *European Respiratory Society*; Editor Associado *BMC Pulmonary Medicine* (secção *Respiratory and Critical Care Medicine*) >

DR. JOÃO JÁCOME DE CASTRO Consultor de Endocrinologia no Hospital das Forças Armadas; Sub-Director de Saúde do Exército; Vice Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo > **DR. JOÃO RAMOS** Médico de Medicina Geral e Familiar, CUF Miraflores > **PROF. DOUTOR JORGE POLÓNIA** Professor Associado com Agregação de Medicina da Faculdade Medicina Porto; Professor Catedrático da Escola Saúde da Universidade de Aveiro; Consultor de Medicina Interna e Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Coordenador da Unidade Farmacovigilância do Norte Faculdade Medicina Porto/Infarmed > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **PROF. DOUTOR JOSÉ FRAGATA** Cirurgião Cardíaco; Diretor do Serviço de Cirurgia Cardíaca, Hospital de Santa Marta, Lisboa; Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa > **DR. LUÍS ANDRADE** Internista, Hospital de Gaia > **DRA. MAGDA SERRAS** Nutricionista; Formadora de Nutrição da Associação Nacional de Farmácias, Lisboa > **DRA. MARIA CONCEIÇÃO RIBEIRO FERRAZ** Diretora do Gabinete de Auditoria, Qualidade e Gestão de Risco, do Instituto da Segurança Social, I.P (ISS, I.P.); Membro do Conselho Médico do ISS, I.P, ao qual preside > **DRA. PATRÍCIA BRANCO** Assistente Graduada de Nefrologia, Hospital de Santa Cruz, Carnaxide > **DRA. PAULA MARTINS LEITÃO** Assistente Hospitalar de Oftalmologia, Serviço de Oftalmologia, APDP, Lisboa > **PROF. DOUTORA ROSA PRÍNCIPE** Endocrinologista, ULS Matosinhos > **DR. PAULO CALVINHO** Assistente Hospitalar de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Lisboa; Responsável pela Unidade de Transplantação Pulmonar do Serviço > **PROF. DOUTOR PAULO SANTOS** Consultor de Medicina Geral e Familiar, Hospital Privado de Gaia; Professor da Faculdade de Medicina do Porto > **DR. PEDRO CARRILHO** Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Magnólia, Santo António dos Cavaleiros; Diretor Clínico da Clínica Familiar, Amadora > **PROF. DOUTOR PEDRO MONTEIRO** Consultor de Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **PROF. DOUTOR RICARDO FONTES DE CARVALHO** Cardiologista, Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Gaia; Assistente na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DR. RIZÉRIO SALGADO** Consultor em Medicina Geral e Familiar; Orientador de formação em Medicina Geral e Familiar; Assessor Técnico de Coordenação Médico do Centro Distrital do ISS de Setúbal; Membro do Conselho Permanente do Conselho Médico da Segurança Social > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DR. RUI DUARTE** Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia > **DR. RUI MIGUEL COSTA SILVA** Especialista em Medicina do Trabalho; Assessor Técnico de Coordenação Médico do Centro Distrital do ISS de Santarém; Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses; Perito Médico do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses; Professor Convidado do ISLA, Santarém; Membro da Direção do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho OM; Membro da Direção do Colégio da Competência em Avaliação do Dano OM > **DRA. SANDRA SOUSA** Assistente Hospitalar de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. SUSANA HEITOR** Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna I, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora; Responsável da Consulta de Diabetes, Hospital Fernando da Fonseca > **DRA. SÍLVIA MONTEIRO** Cardiologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DR. TIAGO CASTRO LOPES** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave – ARS Norte; Médico do Trabalho, Continental Mabor – Indústria de Pneus SA



Júri dos Trabalhos

DRA. HELENA BEÇA Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Espinho; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DR. TIAGO CASTRO LOPES** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave – ARS Norte; Médico do Trabalho, Continental Mabor – Indústria de Pneus SA



idoso

12º CONGRESSO
NACIONAL

3º Simpósio
Luso-Espanhol

28-29|junho|2018

Centro de Congressos
Sheraton Porto Hotel



Geriatrics 2018

A idade & o conhecimento
aliados no futuro



Consulte o Programa

Submissão de Resumos de *Posters*
até dia 21 de maio de 2018

SECRETARIADO

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO

admedic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C - Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.pais@admedic.pt
W: www.admedic.pt

admedic⁺
Tours

T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt | RNAVT 2526



PROGRAMA CIENTÍFICO • 01 março 2018 • quinta-feira

08.00h Abertura do Secretariado

09.15-10.45h
SALA GEMINI I

CURSO

**O PARADIGMA ATUAL DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA
DA DISLIPIDEMIA NO DOENTE DIABÉTICO E PRÉ-DIABÉTICO** (ver página 10)



09.30-11.00h

SESSÃO 1

O FUTURO DAS CIRURGIAS CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR NUM MUNDO EM RÁPIDA TRANSFORMAÇÃO. QUO VADIS?

Presidente: Prof. Doutor A. Dinis da Gama

Introdução (10 m)

Prof. Doutor A. Dinis da Gama

Cirurgia cardíaca (20 m)

Prof. Doutor José Fragata

Cirurgia torácica (20 m)

Dr. Paulo Calvino

Cirurgia vascular (20 m)

Prof. Doutor Frederico B. Gonçalves

Perguntas & Respostas (20 m)

11.00-11.30h

Intervalo

11.30-12.15h

SIMPÓSIO

ASSOCIAR PRECOCEMENTE PARA TRATAR EFICAZMENTE

O papel da sitagliptina em associação à metformina

Profa. Doutora Rosa Príncipe

Ezetimiba: *The sooner the better*

Prof. Doutor Ricardo Fontes de Carvalho e Profa. Doutora Cristina Gavina



12.15-13.00h

Sessão de Abertura e Homenagem Nacional ao Prof. Doutor A. Dinis da Gama

13.00-14.30h

Almoço

14.30-15.15h

SIMPÓSIO

**NOVAS PERSPETIVAS DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
E DISLIPIDEMIA EM 2018**

Moderadores: Prof. Doutor Jorge Polónia e Dr. Rui Cernadas

Palestrantes: Prof. Doutor Jorge Polónia; Prof. Doutor Claudio Borghi e Dr. Rui Cernadas



15.15-16.25h

SESSÃO 2

O QUE NUNCA ESQUECER NUMA AVALIAÇÃO EM MGF?

Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Prof. Doutor Paulo Santos

Face a uma suspeita de artrite reumatoide? (10 m)

Dra. Sandra Sousa

Face a uma suspeita de insuficiência cardíaca? (10 m)

Prof. Doutor Pedro Monteiro

Face a uma suspeita de anemia? (10 m)

Dr. António Robalo Nunes

Face a uma suspeita de DPOC? (10 m)

Dr. Filipe Froes

Face a uma suspeita de doença vascular periférica (10 m)

Dr. Rui Cernadas

Perguntas & Respostas (20 m)

16.25-16.45h

Intervalo

16.45-18.00h

SESSÃO 3

APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS SELECIONADOS (E-POSTERS)

Moderadores: Dr. Tiago Lopes e Dra. Helena Beça

02 Análise Sumária de Urina – Um Exame de Rotina?

Dr. Valter Moreira

03 TUBERCULOSE GANGLIONAR – Um Diagnóstico Inesperado a propósito de um caso clínico

Dra. Sónia Corujo

04 Carcinoma basocelular: A suspeita deve depender da idade? – A propósito de um caso

Dra. Carolina Venda

05 STOP VIH

Dra. Maria João Loureiro

06 Manifestações cutâneas da Sífilis – Um caso clínico

Dra. Luísa C. Lopes

07 Miocardiopatia chagásica crónica em paciente imigrante jovem: Relato de um caso clínico

Dra. Lara Cabral

08 Linfoma de mediastino

Dra. Vera Segura

09 DPOC de Norte a Sul - Do diagnóstico ao seguimento, qual o panorama atual?

Dr. Pedro Luís Pinheiro

10 Estado funcional como fator de prognóstico no internamento

Dra. Ana F. Costa

11 Quando o raro afinal não é assim tão mau!

Dra. Andreia Abreu Fernandes

18.00h

Fim das Sessões do 1º Dia



02 março 2018 • sexta-feira

08.00h Abertura do Secretariado

09.00-09.30h **CONFERÊNCIA**
AINDA A PROPÓSITO DA DISLIPIDEMIA ATEROGÉNICA
– RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO CODAP
Dr. Alberto Mello e Silva



09.15-10.45h **CURSO**
SALA GEMINI I
COMO PÔR A DOR A MEXER (ver página 10)



09.30-11.00h **SESSÃO 4**
SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE INCAPACIDADE NO ÂMBITO DA SEGURANÇA SOCIAL
Moderador: Dr. Fernando Mautempo
Enquadramento Jurídico (15 m)
Dra. Maria Conceição Ribeiro Ferraz
Serviços de verificação de incapacidade temporária (15 m)
Dr. Rui Miguel Costa Silva
Serviços de verificação de incapacidade permanente (15 m)
Dra. Conceição Barbosa
Outras prestações – Complemento por dependência, subsídio mensal vitalício, bonificação por deficiência (15 m)
Dr. Rizério Salgado
Perguntas & Respostas (30 m)

11.00-11.30h Intervalo

11.30-12.15h **SIMPÓSIO**
QUEM DEVE SER HIPOCOAGULADO
Palestrantes: Dra. Sílvia Monteiro e Dr. Alexandre Amaral e Silva



12.15-13.00h **CONFERÊNCIA**
PATOLOGIA RESPIRATÓRIA DO SONO: PROBLEMAS E RESPOSTAS
Presidente: Dr. Rui Cernadas
Palestrante: Prof. Doutor João Carlos Winck

13.00-14.30h Almoço

14.30-15.15h **SIMPÓSIO**
DIABETES E FA: QUAIS OS DESAFIOS?
Moderador: Dr. João Ramos
Palestrantes: Prof. Doutor Pedro Monteiro e Dra. Susana Heitor



15.15-17.00h

SESSÃO 5

DIABETES: UM OCEANO SEM FRONTEIRAS

Moderadores: Dr. Rui Cernadas e Dr. João Jácome de Castro

Endocrinologia (10 m)

Prof. Doutor Davide Carvalho

Cardiologia (10 m)

Prof. Doutor Ricardo Fontes de Carvalho

Cirurgia vascular (10 m)

Dr. Hugo Rodrigues

Medicina Geral e Familiar (10 m)

Dr. Pedro Carrilho

Medicina Interna (10 m)

Dra. Susana Heitor

Nefrologia (10 m)

Dra. Patrícia Branco

Nutrição (10 m)

Dra. Magda Serras

Oftalmologia (10 m)

Dra. Paula Martins Leitão

Perguntas & Respostas (25 m)

17.00-17.20h

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

RETOMANDO VELHOS TEMAS

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Prof. Doutor António Pereira Coelho

17.20-17.30h

Sessão de Encerramento

Entrega de Prémios para os Melhores Trabalhos



CURSOS (SALA GEMINI I)



01 março 2018 • quinta-feira

09.15-10.45h

O PARADIGMA ATUAL DA ABORDAGEM TERAPÉUTICA DA DISLIPIDEMIA NO DOENTE DIABÉTICO E PRÉ-DIABÉTICO

A dislipidemia na diabetes: Um desafio em cuidados de saúde primários

Dr. Luís Andrade

A perspectiva do cardiologista na gestão terapêutica do risco CV no doente diabético

Prof. Doutor Pedro Monteiro

02 março 2018 • sexta-feira

09.15-10.45h

COMO PÔR A DOR A MEXER

A dor em reumatologia – A visão do Reumatologista

Dr. José Canas da Silva

A gestão da dor em cuidados de saúde primários – A visão da MGF

Dr. Rui Cernadas

A dor aguda e a dor crónica: Os desafios atuais

Dr. Filipe Antunes

XXIII JNPC



Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual



Imagem: Ad Médic

Resumos de E-Posters



Trabalhos selecionados para apresentação em Sala Plenária

E-POSTER 01

Trabalho retirado

E-POSTER 02

ANÁLISE SUMÁRIA DE URINA — UM EXAME DE ROTINA?

Valter Moreira

USF Porta do Sol, ULS Matosinhos

Introdução: O exame sumário de urina é um meio complementar de diagnóstico pedido com frequência no estudo de um doente em cuidados primários. A quantidade elevada de informação que este exame pode transportar é, por vezes, subestimada, e a ocorrência de achados infrequentes, como a presença de cilindros, levantam questões sobre a utilidade e relevância deste exame na prática clínica em medicina geral e familiar.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma utente do sexo feminino, com 20 anos de idade, e antecedentes de excesso de peso. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Em abril de 2015 a utente recorre a uma consulta de vigilância com a médica de família, onde apresenta apenas queixas compatíveis com enxaqueca menstrual, já conhecida. Ao exame objetivo apresenta pressão arterial elevada (126/94 mmHg), sem outras alterações. Foram então pedidos, dado o contexto clínico, estudos analíticos sumários do sangue e da urina. A 14 de maio, a médica de família é contactada pelo serviço de patologia clínica por o exame de urina apresentar proteinúria, hematúria e cilindros (celulares, hialinos e hialino-granulosos), sugerindo a repetição do exame, que ocorre a 18 de maio, com manutenção dos resultados. Na análise sanguínea verificou-se ainda, como única alteração, um valor de colesterol total elevado (269 mg/dL). A 19 de maio, a doente é chamada a uma consulta onde nega sintomas urinários, toma de medicação crónica, abuso de anti-inflamatórios ou infeções recentes. É pedida ecografia renovesical e análise de urina de 24h, cujos resultados, a 28 de maio, demonstraram a presença de hipertrofia da Coluna de Bertin e proteinúria (1804,8mg/24h), respetivamente. Foi então referenciada à consulta de nefrologia. A 2 março de 2016, após um estudo imunológico sem qualquer alteração, é realizada uma biópsia renal que revela a presença de Nefropatia de IgA,

mantendo a utente, desde então, um acompanhamento semestral na consulta de Nefrologia.

Comentário: Este caso clínico demonstra a complexidade inerente a qualquer exame complementar de diagnóstico. Uma avaliação de pressão arterial elevada não faz o diagnóstico de hipertensão arterial mas pareceu relevante o pedido de um exame sumário de urina. No entanto, o resultado deste apresentou-se mais diversificado do que se esperava, detetando uma doença que, de outra forma, teria passado despercebida. Por outro lado, apesar de, maioritariamente, se apresentar como uma doença benigna, a Nefropatia de IgA requer um acompanhamento mais diferenciado, com um controlo mais apertado dos fatores de risco cardiovasculares, dada que em cerca de 40% destes indivíduos a doença evolui para doença renal crónica. No entanto, pode ser assintomática durante décadas sendo, frequentemente, a elevação da pressão arterial e as alterações da urina, os únicos sinais e sintomas encontrados. Este caso clínico é, assim, uma reflexão sobre esta patologia e sobre o impacto que cada exame auxiliar de diagnóstico tem no estudo de cada doente.

E-POSTER 03

TUBERCULOSE GANGLIONAR — UM DIAGNÓSTICO INESPERADO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sónia Corujo; Patrícia Neto Oliveira; Catarina Monteiro; Cláudia Vaz
UCSP da Guarda, ULS Guarda

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa multisistémica com uma das maiores taxas mundiais de morbi-mortalidade apesar da optimização da terapêutica antibacilar. No ano de 2016 registaram-se 1965 novos casos da doença em Portugal. A Tuberculose extrapulmonar, compreende lesões localizadas no Aparelho Respiratório fora do parênquima pulmonar (pleura e cadeias ganglionares intratorácicas) e as lesões extra torácicas. Estas formas podem decorrer com ou sem aparente atingimento do aparelho respiratório e as manifestações clínicas dependem do(s) órgão(s) atingido(s). A forma extrapulmonar mais comum é a Tuberculose Ganglionar (TBG) com cerca de 35% de incidência, estando particularmente associada a deficiências da função imunitária. Verificou-se que o aumento da esperança média de vida, o declínio natural do estado imunitário subsequente ao envelhecimento e o crescente uso de terapêutica imunossupressora têm sido

apontados como factores risco para um aumento da incidência da TB neste grupo populacional.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 68 anos de idade, trabalhador da construção civil, com tabagismo activo (30UMA), com AP de Artrite Reumatóide. Seguido em consulta de Reumatologia desde 2012 com quadro clínico estável — sem artrite activa, apenas com limitação da mobilidade do ombro, punhos e mãos. Em 2014 inicia quadro de desconforto torácico, com sensação de enfartamento e pirose que aliviam com eructações, sem outras queixas relevantes. O Exame Objectivo (EO): sem alterações; Análises e ECG normais, na EDA apresenta Gastrite Crónica. Em Junho de 2015: mantém quadro de desconforto torácico, sem tosse ou expectoração. Nega febre, anorexia, astenia ou perda de peso. Refere polaquiúria de início recente, sem urgência urinária ou hematúria. EO sobreponível ao anterior; Analiticamente com PSA 7.328; VS 5 mm/h; PCR negativa. Em Setembro de 2015 a Ecografia transrectal revela aumento da próstata – 80 cm³, com características homogéneas. Analiticamente: aumento dos parâmetros inflamatórios com VS 28 mm/h; PCR 2,57 mg/dL; restante sem alterações. Rx Torax: alargamento do mediastino, espessamento dos brônquios com diminuição da transparência dos campos pulmonares bilateral médio/base. Pede-se TAC Torácico e referencia-se para Urologia. Em Abril de 2016, a RMN Pélvica revela próstata de dimensões aumentadas, com volume de 85 ml, à custa do aumento da zona de transição; numerosos nódulos de hiperplasia adenomatosa que poderá corresponder a lesão neoplásica. TAC Torácica revela múltiplas lesões nodulares em ambos os campos pulmonares, a de maiores dimensões de 23 mm de diâmetro, sugestivas de localizações secundárias. Múltiplas adenopatias mediastínicas nos diferentes compartimentos do mediastino a maiores dimensões com 16 mm de diâmetro. Adenopatias hilares bilaterais com cerca de 15 mm de diâmetro. Encaminhado para Cirurgia Cardiorácica do CHUC, para biopsia excisional do nódulo pulmonar esquerdo. Em Junho 2016, o resultado histológico da biopsia prostática revela adenocarcinoma da próstata, enquanto o resultado histológico do nódulo pulmonar revela Tuberculoma com necrose caseosa. Iniciou tratamento com anti-bacilares e foi proposto para prostatectomia parcial.

Conclusão: No presente caso dado inexistência de sintomas específicos e a sobreposição do diagnóstico de Adenocarcinoma da Próstata, vários diagnósticos diferenciais se colocaram inicialmente nomeadamente neoplasias metastáticas, linfomas, granulomas infecciosos, sarcoidose nodular, nódulos reumatóides, entre outros. Concluímos que embora a forma extrapulmonar mais comum em imunocompetentes seja a TBG esta constitui um

importante desafio para o clínico. Atrasos no diagnóstico e no início da terapia estão associados a elevadas taxas de morbimortalidade pelo que é fundamental um elevado índice de suspeição associado a uma anamnese e exame objectivo completos e cuidadosos bem como meios complementares diagnósticos adequados para se obter o diagnóstico definitivo.

E-POSTER 04

CARCINOMA BASOCELULAR: A SUSPEITA DEVE DEPENDER DA IDADE? — A PROPÓSITO DE UM CASO

Carolina Venda

USF Farol, ACeS Central, ARS Algarve

Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna mais comum em humanos e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas, sendo o tipo mais comum de cancro de pele. Os CBCs raramente são mortais e raramente se disseminam além de seu local de origem. A causa principal é a exposição ao sol acumulada ao longo da vida e os episódios ocasionais de exposição intensa. Os tumores surgem com maior frequência nas áreas expostas do corpo, especialmente na face, nas orelhas, no pescoço, no couro cabeludo, nos ombros e no dorso.

Exposição à radiação ultravioleta representa o principal fator de risco ambiental associado a sua génese. Outros fatores de risco enumerados pela literatura são: fotótipos baixos, idade avançada, história familiar de carcinomas de pele e imunossupressão, além de aspetos comportamentais, como exercício profissional exposto ao sol, atividade rural e queimaduras solares na juventude.

Assim, qualquer pessoa com histórico de exposição solar pode desenvolver um CBC. Os fotótipos mais baixos têm um risco aumentado e as pessoas mais velhas em geral são as mais afetadas, mas a quantidade de CBC em pessoas mais jovens (20-30 anos) tem aumentado significativamente durante as duas últimas décadas, e assim a média de idade dos pacientes tem diminuído de forma constante.

Os homens apresentam um número maior de casos de CBC do que as mulheres, mas tem havido um aumento crescente de casos nas mulheres, sendo que a quantidade de mulheres em torno dos 40 anos diagnosticadas com CBC mais que dobrou nos últimos 35 anos.

Caso clínico: Utente do género feminino, com 38 anos, nacionalidade portuguesa, que profissionalmente é administrativa. Tem como antecedentes pessoais, a excisão completa de 2 CBC's na face anterior do tórax e asa nasal esquerda aos 21 anos, sem recidiva local; Trombocitopenia idiopática detetada em análises de rotina aos 31 anos medicada com corticoides durante 4 anos e esplenectomizada aos 36 anos, com resolução do problema;

Fumadora 4-5 cigarros/dia (1 UMA); Exposição solar apenas fora do período das 11-15h e com fotoproteção, sem antecedentes de queimaduras solares. Sem antecedentes familiares neoplásicos conhecidos. Esta utente é encaminhada para consulta de teledermatologia por apresentar duas lesões suspeitas na face, onde é agendado consulta para dermatoscopia. À observação apresenta um Fototipo II, pele sem danos solares importantes detetáveis, exceto algumas telangiectasias faciais. À dermatoscopia as duas lesões faciais (infra-palpebral inferior direita e supra asa nariz direita) mostraram características compatíveis com CBC, tendo sido excisadas e enviadas as peças para análise histopatológica que confirmaram a suspeita, e revelaram excisão com margens livres.

Conclusão: Clinicamente, o CBC manifesta-se como um nódulo ou pápula ou placa firme de coloração branca-perolada. Os CBC em estágios iniciais são facilmente tratáveis, com índices de cura próximos de 100%. Porém, quanto maior o crescimento do tumor, mais extenso será o tratamento realizado. Apesar das baixas taxas de mortalidade e de rara ocorrência de metástases, o tumor pode apresentar comportamento invasivo local e recidivas após o tratamento, provocando importante morbidade.

As pessoas que já tiveram um CBC têm maior risco de desenvolver outros com o passar dos anos, seja na mesma área inicialmente afetada ou em outra região do corpo. Portanto, exigem vigilância dermatológica periódica.

A prevenção do CBC baseia-se no conhecimento de fatores de risco, no diagnóstico e tratamento precoces e na adoção de medidas específicas, principalmente, nas populações susceptíveis.

E-POSTER 05

STOP VIH

Maria João Loureiro; Sonia Aprisco

USF SJE dos Lóios

Introdução: O médico de família tem uma posição chave no combate às doenças sexualmente transmissíveis (DST). A oportunidade em cada consulta de educar, modificar estilos de vida, de modo a prevenir e elucidar os diferentes métodos de contágio, fazem que existam oportunidades de deteção atempada e uma oferta de tratamento precoce que não possam ser perdidos.

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é reconhecida internacionalmente como uma ameaça ao desenvolvimento social e económico das populações e, como tal, tem sido encarada em Portugal como uma prioridade no Plano Nacional de Saúde. Embora o país continue a apresentar uma das taxas mais elevadas da União Europeia, a análise das tendências temporais da epidemia nacional revelam, desde 2008, uma descida consistente

da taxa de novos diagnósticos.

As tendências recentes revelam um aumento da proporção de casos do sexo masculino, bem como da idade média ao diagnóstico. Excetuam-se os casos de homens que fazem sexo com homens, que ocorrem com maior frequência em jovens. Verifica-se ainda uma elevada percentagem de diagnósticos tardios, particularmente em casos de transmissão heterossexual, muito pelo facto de não serem associados a um grupo de risco, e por consequente, não lhes ser oferecido ou não procurarem os testes de rastreio tão frequentemente.

A escolha deste tema surge após na mesma semana terem sido feitos 2 diagnósticos inaugurais de VIH com diferentes apresentações clínicas, em homens com diferentes estilos de vida, status social, e fatores de risco presentes.

Caso clínico: O primeiro caso trata-se de um homem de 42 anos, raça caucasiana, designer e solteiro. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

Vem à consulta de Saúde do Adulto em setembro de 2017, agendada pelo mesmo, com o desejo de fazer exames de rotina. Apesar de não referir qualquer sinal ou sintoma, após um questionário mais detalhado, refere um anorexia não seletiva há 6 meses, perda involuntária de peso que não quantificou, e diarreia episódica incomum.

Ao exame objetivo globalmente sem alterações, apresentava apenas eritema facial e do couro cabeludo, com áreas descamativas sugestivas de dermatite seborreica. Não fazia rastreio de DSTs há 8 anos e não considerava ter comportamentos de risco que o justificassem.

O segundo caso é um homem de 33 anos, raça caucasiana, Barman em diferentes estabelecimentos noturnos, solteiro. Também sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

Vem à Consulta Aberta em setembro de 2017 por um quadro arrastado de 15 dias de vômitos, diarreia, períodos de febre, cansaço e mau estar geral.

Ao exame físico apresentava linfadenopatias cervicais sem outras alterações.

Fazia rastreio de DSTs todos os anos e assumia ter sexo desprotegido. Último rastreio em 2016.

Conclusão: Estes casos clínicos demonstram a importância das oportunidades de diagnóstico de DSTs, o papel do clínico na criação de um espaço de intervenção propício à promoção da saúde e à prevenção da doença, assim como a necessidade de criação de uma relação médico-doente favorável à abordagem dos hábitos sexuais do doente, sem estigmas nem discriminações. Para além disso, alerta-nos para a possível mensagem oculta na marcação de consultas, muitas vezes despercebida.

Estão em curso importantes iniciativas a nível nacional e internacional no âmbito da prevenção da infeção por VIH,

do acesso ao conhecimento do estado serológico, e oferta de tratamento precoce. Estas medidas visam diminuir o alarmante número de diagnósticos tardios e contribuir para o objetivo mundial de até 2020: 90% das pessoas infetadas por VIH conheçam o seu diagnóstico, 90% de casos diagnosticados estejam em tratamento, e por fim, 90% de casos em tratamento se apresentem em supressão virológica.

E-POSTER 06

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DA SÍFILIS

— UM CASO CLÍNICO

Luísa C. Lopes; Lénia Olim
Centro de Saúde de Gaula

Introdução: A Sífilis é uma infecção sexualmente transmitida causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*. No seu estadio mais precoce – Sífilis primária – frequentemente o doente é assintomático ou desenvolve uma lesão cutânea que é desvalorizada, o que dificulta o diagnóstico e aumenta o risco de transmissão. Com o desenvolvimento de doença sistémica – sífilis secundária – podem surgir sinais e sintomas sistémicos. As manifestações de ambos os estadios podem resolver espontaneamente.

O reconhecimento das manifestações da sífilis permite que o clínico mantenha um alto grau de suspeição, tornando mais célere o seu diagnóstico e a instituição das medidas preventivas a que este obriga.

Caso clínico: Utente do sexo masculino, 50 anos, casado, massagista.

Recorre ao serviço de atendimento urgente por erupção cutânea na região dorsal com um dia de evolução, sem outros sintomas acompanhantes. Ao exame objectivo foram identificadas “máculas de propagação centrífuga tipo dermatofitose”-sic. Não foram identificadas outras alterações. Foi medicado com azitromicina 500mg, três dias. Duas semanas depois: recorre à consulta não programada do centro de saúde da área de residência, acompanhado da esposa:

S – mantém erupção cutânea e refere ulceração da glândula, sem corrimento uretral.

Após anamnese cuidada o utente refere que a úlcera já estava presente aquando do aparecimento da erupção cutânea, tendo desvalorizado por associar à prática de relação sexual anal com a esposa.

A esposa referia, desde então, discretas queixas de disúria, mas negava outros sintomas acompanhantes.

O – Ao exame objectivo a destacar: máculas dispersas, coalescentes, na região dorsal, com distribuição simétrica. Na face lateral esquerda da glândula, três úlceras infracentimétricas de contornos irregulares e fundo nacara-

do, confluentes, indolores. A palpação da região inguinal era dolorosa. Não se identificaram massas, adenopatias inguinais ou dor testicular à palpação. Não se observou corrimento uretral.

A – Colocou-se a hipótese diagnóstica de infecção sexualmente transmissível.

P – Optou-se por instituir uma terapêutica sindromática com ciprofloxacina 500mg em toma única (uma vez que o utente já tinha cumprido terapêutica com azitromicina) e foram pedidas análises sanguíneas com avaliação sorológica e dos marcadores virais ao casal. Foi, ainda, requisitada urocultura à esposa.

Três dias depois: o utente volta à consulta, desta vez sem a companhia da esposa.

S – Mantém os mesmos sintomas. Nega relações extra-conjugais.

O – O exame objectivo encontrava-se sobreponível.

A – As análises realizadas pelo utente revelaram um VDRL positivo com 32 dL e teste treponémico (ECLIA) positivo. As serologias do Herpes simplex 1 e 2; Vírus Epstein-Barr e *Chlamydia trachomatis* apresentavam níveis positivos de IgG e negativos de IgM, evidenciando contactos anteriores. Dos marcadores virais a destacar a presença de anticorpos HBc, HBe e HBs positivos - infecção prévia resolvida, pelo vírus da Hepatite B.

Da esposa apenas se identificou urocultura positiva para infecção por *e.coli*.

P – Foi prescrito tratamento com penicilina G benzatinica 2.400.000 UI, por via intramuscular. Foi realizada a referência à consulta de doenças infecto-contagiosas e a notificação electrónica ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). O utente foi informado dos riscos de transmissão e da necessidade de tratamento de todos os contactos sexuais dos últimos três meses.

Conclusão: A erupção cutânea é um dos achados mais característicos da sífilis secundária, mas pela sua baixa especificidade pode facilmente ser desvalorizado pelo doente e pelo clínico. Frequentemente observam-se máculas ou pápulas dispostas de forma difusa e simétrica no tronco e nas extremidades. Outras formas pustulosas ou com atingimento da mucosa podem surgir. A identificação, de novo, destas lesões, deverá motivar uma anamnese e exame objectivos dirigidos contemplando esta hipótese diagnóstica.

E-POSTER 07

MIOCARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÓNICA EM PACIENTE IMIGRANTE JOVEM: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Lara Cabral¹; Rui Grandão²; Andreia Fernandes³

¹Unidade de Saúde Familiar BRIOSA, ACES Baixo Mondego; ²Unidade de Saúde Familiar BRIOSA, ACES Baixo Mondego; ³Unidade de Saúde Familiar BRIOSA, ACES Baixo Mondego

Introdução: A Tripanossomose Americana ou Doença de Chagas (DC), é uma doença endémica dos países da América Central e do Sul, que nas últimas décadas sobretudo devido aos fenómenos migratórios, se transformou num problema de saúde pública global.

A DC é causada por um parasita, o *Trypanosoma cruzi*, cuja principal forma de transmissão é vectorial, podendo igualmente ser transmitido por via transplacentária, transfusões sanguíneas, transplantes de órgãos ou por via oral através da ingestão de alimentos contaminados.

A doença evolui em duas fases, a fase aguda geralmente assintomática e autolimitada e a fase crónica, em que a doença entra em latência por um período de 20 a 30 anos podendo progredir para doença cardíaca, gastrointestinal ou neuropática em 10 a 30% dos casos.

A miocardiopatia chagásica crónica (MCC) é a manifestação crónica mais comum e a responsável pela maior taxa de mortalidade nos doentes chagásicos. Trata-se de uma miocardiopatia dilatada em que a inflamação persistente, dependente da carga parasitária e associada a reações autoimunes, provoca destruição tecidual e fibrose do tecido de condução, do miocárdio contrátil e do sistema nervoso intramural.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 35 anos, de nacionalidade brasileira e que pertence a uma família nuclear, sendo a principal cuidadora do marido que tem o diagnóstico de ataxia de Friedreich. Antecedentes pessoais e familiares de doença de Chagas. Recorre à nossa consulta a 25 de Outubro de 2017, por queixas de cansaço para pequenos esforços, tonturas e palpitações com duas semanas de evolução. Ao exame objectivo, apresentava tensão arterial elevada (TA 166/71 mmHg) e bradicardia (FC 40 bpm), sem outras alterações relevantes. Neste contexto foram pedidos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente electrocardiograma e Holter de 24h, que mostraram bloqueio aurículo-ventricular completo e bloqueio completo de ramo direito. A doente foi referenciada ao serviço de urgência, tendo ficado internada para ser submetida à implantação de sistema de pacemaker definitivo. Actualmente encontra-se sem queixas e clinicamente estável. A infecção por *T. cruzi* foi confirmada serologicamente, pelo que a doente irá iniciar tratamento com benznidazol. Sendo a DC, uma doença transmissível por via transplacentária houve a necessidade de referen-

ciar a filha de 5 anos à consulta de pediatria geral para exclusão do diagnóstico.

Conclusão: A doença de Chagas e a miocardiopatia chagásica crónica são entidades recentes na Europa, pelo que é fundamental sensibilizar a classe médica para esta nova realidade. O caso clínico apresentado pretende chamar a atenção para esta doença tropical negligenciada, lembrando-nos que perante doentes provenientes de países endémicos é importante explorar adequadamente os seus antecedentes e considerar a doença de Chagas como diagnóstico diferencial. A situação clínica e o contexto familiar desta doente obrigou a uma intervenção global e medidas preventivas nomeadamente pelo risco de transmissão vertical.

E-POSTER 08

LINFOMA DE MEDIASTINO

Vera Segura; Ivanilde Tavares; Pedro Costa; Pedro Gonçalves; Rebeca Prieto

Centro de Saúde de Elvas, Hospital de Portalegre

Introdução: Linfoma de mediastino é o tipo de tumor maligno que se desenvolve a partir dos gânglios linfáticos do mediastino. A incidência de todas as linfomas é em torno de 8,5 casos/100.000 habitantes (< 65 anos) e 69 casos/100.000 pessoas (> 65 anos). Apenas 5% a 10% dos pacientes com linfomas apresentam-se unicamente com sintomas relacionados aos efeitos de massa locais, como o comprometimento do mediastino: tosse, toracalgia, dispneia ou disfagia. O médico deve estar atento às alterações imagiológicas detetadas por raios-X e TC, especialmente associadas destes sintomas. O diagnóstico é confirmado após a mediastinoscopia, biópsia ganglionar com estudo histológico. O tratamento é individualizado e baseia-se em comportamento clínico do tumor, estadiamento e fatores prognósticos. Pode incluir remoção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia.

Caso clínico: VMPR, sexo masculino, 36 anos de idade, casado, operário fabril na indústria química “Selenis Portugal”. Saudável. Hábitos etílicos moderados. Sem hábitos tabágicos e sem AF de relevo. No início de novembro de 2017, iniciou quadro de toracalgia anterior à esquerda com irradiação ao ombro homolateral e região dorsal. Por estas queixas recorreu ao SU HDJMG, tendo efetuado as análises laboratoriais: Le 16820/mm³, Neutr. 13980/mm³, PCR 115,2 mg/l, troponinas e CK-MB sem alterações. RX de tórax mostrou imagem de hipotransparência hilar à esquerda, condicionando apagamento dos seus contornos. Teve alta para o domicílio, medicado com levofloxacina e paracetamol, sendo referenciado aos CSP. Após 2 semanas efetuou reavaliação analítica e radiológica, pedida pelo MF. Constatando-se melhoria dos parâmetros infla-

matórios (Le 10.84 10^3 /ul, PCR 39,5 mg/l). No entanto era evidente um aumento de dimensões da imagem de hipotransparência hilar à esquerda, tendo sido solicitada TC torácica. Saliencia-se: imagem da lesão sólida de densidade heterogênea, localizada no mediastino anterior, de dimensões 10 x 4,4 cm que envolve as estruturas cardio-mediastinais (a aorta torácica, o tronco pulmonar e as artérias pulmonares), existe densificação do interstício pulmonar adjacente à lesão e adenopatias múltiplas pré-vasculares, da janela aorto-pulmonar, para-traqueais, sub-carinais e hilares. Foi pedido no mesmo dia apoio do Pneumologista do HDJMG. Efetuada BATT com estudo histológico, que mostrou fragmento de tecido conjuntivo com infiltração focal por linfócitos maduros de fenótipo B, aspetos suspeitos para doença linfoproliferativa B. O utente foi referenciado com urgência para o Serviço de Cirurgia Torácica do H. Santa Marta para realização da mediastinoscopia com biopsia ganglionar e orientação do caso.

Discussão: Os linfomas são neoplasias malignas de linfócitos que podem ter uma ampla gama de apresentações clínicas, e cuja classificação histológica é de alta complexidade e sempre foi tema de debate.

A apresentação clínica dos linfomas é extremamente variável: as formas indolentes costumam se apresentar com linfadenomegalia periférica e poucos sintomas. Já as formas mais agressivas podem causar acometimento extranodal, além de frequentemente causar sintomas sistêmicos, compressivos ou obstrutivos.

O caso apresentado mostra a importância de diagnóstico precoce das doenças linfoproliferativas. O MF tem um papel muito importante na reavaliação analítica e imagiológica, após assistência dos utentes no SU hospitalar, para não deixar passar despercebido dos casos raros, que precisam orientação com urgência.

E-POSTER 09

DPOC DE NORTE A SUL — DO DIAGNÓSTICO AO SEGUIMENTO, QUAL O PANORAMA ATUAL?

Pedro Luís Pinheiro¹; Carolina Venda²; Cláudia Alexandra Silva³; Marcos Baraona⁴; Marlene C. Alves⁵; Rita Marques dos Santos³; Gorete Fonseca⁵

¹Médico Interno MGF, USF Penela; ²Médica Interna MGF, USF Farol; ³Médica Interna MGF, USF Montemuro; ⁴Médico Interno MGF, USCP Lagoa; ⁵Médica Interna MGF, USF Sta. Maria da Benedita; ⁵Assistente de MGF, USF Penela

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é um grave e crescente problema de saúde pública, prevendo-se que constitua uma das principais causas de morte nas primeiras décadas do Século XXI. Responsável por morbidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade, apresenta um enorme impacto no consumo de recursos de saúde, cuidados farmacológicos

e domiciliários de longa duração. Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde relembra estratégias para prevenir as exacerbações da DPOC, entre outras: cessação tabágica, vacinação (anti-gripal e anti-pneumocócica), uso regular de broncodilatadores de longa ação (LAMA/LABA) e de terapêutica de associação corticoides-inalados (ICS), quando indicado.

Objetivos: Este trabalho tem como principal objetivo a caracterização dos utentes com DPOC nos cuidados de saúde primários (CSP). Apresenta como objetivos específicos: cálculo da prevalência da DPOC; verificação dos registos do FEV1 e do cumprimento das medidas preventivas (hábitos tabágicos e vacinação) e da terapêutica inalatória.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo. População: total de utentes inscritos em cinco unidades de saúde (Norte, Centro e Sul) com diagnóstico de DPOC (ICPC2 - R95) ativo em 2017. Variáveis: idade; género; registos do FEV1 nos últimos 3 anos; vacinação da gripe sazonal e pneumocócica [Pnmeumo 230 (VPP23) e Prevenar 130 (VPC13)]; medicação crónica inalatória associada à DPOC; registo dos hábitos tabágicos. Dados colhidos do programa MIM@UF0 e SClínico[®], tratado no *Microsoft Excel*[®].

Resultados e conclusão: Dos 60863 utentes inscritos nas cinco unidades, registaram-se 545 (0,9%) com diagnóstico de DPOC. Esta prevalência aumenta para 2%, considerando a população ≥ 40 anos. Idades entre os 34 e 102 anos, média de 69,9 anos, sendo que 61,7% encontram-se entre 65-84 anos e 12,1% são grandes idosos (≥ 85 anos). Predomina o género masculino com 60%. Dos utentes diagnosticados com DPOC, 23,3% apresentam registo do FEV1 nos últimos 3 anos e cerca de 60% têm registo de hábitos tabágicos. Foram vacinados 51,6% para a gripe sazonal, 13,4% com a VPP23 e 12,7% recebeu a VPC13. Relativamente à medicação, a maior percentagem, 35%, não realiza terapêutica inalatória. Verificou-se que a maior prescrição corresponde a LABA+ICS (16,7%), seguido de LAMA+LABA (14,7%) e LAMA+LABA+ICS (11%). De salientar que 5,7% (31) mantém o uso de aminofilina, em diferentes associações farmacológicas. As unidades analisadas apresentam uma prevalência para a DPOC de ~2%, sendo inferior aos 14,2% evidenciados no estudo Burden. Esta diferença poderia indicar sub-regiões com menor DPOC, contudo a baixa requisição de espirometrias sugere dificuldade ao seu acesso e/ou a falta de registo de dados externos, o que poderá condicionar um contexto de subdiagnóstico. A vacinação apresenta valores aquém do desejável para este grupo de risco, podendo refletir uma baixa sensibilidade médica e da população para o tema. No que concerne à medicação, salienta-se a utilização crónica de corticoterapia e o uso de aminofilina, contudo seria importante a sua correlação

com o estadió GOLD do utente, para corretamente objetivar sobre a prescrição.

Conclui-se ser fundamental uma maior sensibilização dos médicos de família, aumentando a suspeição clínica de doentes em risco, assim como o correto acompanhamento e registo no processo clínico informático. Esta análise permite ainda concluir que a prática clínica e os respetivos registos apresentam necessidade de correção e melhoria, sendo que a discussão e aplicação de medidas corretivas nas unidades deverão traduzir-se em ganhos para a saúde dos utentes, permitindo um ciclo de qualidade multicêntrico, com avaliação em 2018. Como limitações deste estudo, poderão existir dados não registados, condicionando os resultados apresentados.

E-POSTER 10

ESTADO FUNCIONAL COMO FATOR DE PROGNÓSTICO NO INTERNAMENTO

Ana F. Costa; Fábio Almeida; Ana Pastor; Luísa Loureiro; Teresa Alfaiate; Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução: A necessidade da gestão de recursos humanos e materiais e o envelhecimento da população portuguesa reflete-se diariamente nos internamentos hospitalares. Assim, urge a criação de escalas ou preditores da mortalidade, de modo a ajudar os clínicos na gestão das terapêuticas e nas decisões de término de vida. O estado funcional poderá ser uma ferramenta útil para prever o prognóstico dos doentes internados.

Objetivos: Caracterizar o estado funcional dos doentes internados num Serviço de Medicina e analisar a sua relação com o tempo de internamento, a morte intra-hospitalar e as readmissões hospitalares.

Material e métodos: Realizou-se um estudo prospetivo, observacional, num intervalo de 4 meses, através da consulta dos processos dos doentes internados num Serviço de Medicina e da aplicação do Índice de Comorbilidades de Charlson (ICC) e das escalas de estado funcional (*Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) e *Karnofsky*). A análise estatística foi feita usando o programa SPSS, 23.0.

Resultados e conclusões: Foram analisados 384 doentes, que corresponderam a 439 episódios de internamento, dos quais 73 episódios foram reinternamentos. A média de idades foi de 78.53 anos e 61.2% tinha idade superior ou igual a 80 anos. Em relação ao género, 50% eram homens. Desta amostra 35.9% residiam em lar e os restantes viviam no domicílio, sendo que 15.2% vivia sozinho e 10.2% tinha apoio do centro de dia. A média do número de comorbilidades foi de 5.26, a média da Escala ECOG foi de 3.1, a da Escala de *Karnofsky* foi de 35.81 e a do ICC foi de 7.07. Em relação ao motivo de internamento,

54.9% foram admitidos por patologia infecciosa e 15.1% por insuficiência cardíaca descompensada. A média de dias de internamento foi de 11.76 dias. A taxa de mortalidade foi de 25.8%.

Verificou-se que a idade, o número de comorbilidades, o tempo de internamento, a Escala de ECOG e o ICC são significativamente superiores nos doentes que morreram e nos doentes residentes em Lar ($p < 0.05$) e por outro lado, a Escala de *Karnofsky* é significativamente inferior nestes doentes ($p < 0.05$).

De destacar também, a correlação positiva entre a taxa de mortalidade e o facto de residir em Lar, ser readmitido no internamento, ter maior pontuação no ICC e na Escala de ECOG e ter menor pontuação na Escala de *Karnofsky*. Foi realizada também uma análise secundária que comparou os doentes reinternados vs não reinternados. No grupo dos 45 doentes readmitidos, a média de idades foi de 82.23 anos (74.2 % com idade superior ou igual a 80 anos) e a média do número de comorbilidades foi de 5.84. A média da Escala ECOG foi de 3.21, a da Escala de *Karnofsky* foi de 32.42 e a da Escala de *Charlson* foi de 8.06. A média de dias de internamento foi de 14.87 dias e a taxa de mortalidade foi de 41.9%.

Na amostra de doentes que não foram reinternados, a média de idades foi de 77.82 anos (58.7% com idade maior ou igual a 80 anos), com uma média de comorbilidades de 5.15. A média da Escala ECOG foi de 3.11, a da Escala de *Karnofsky* foi de 36.46 e a da Escala de *Charlson* foi de 6.88. A média de dias de internamento 11.16 dias e a taxa de mortalidade foi de 22.7%.

A estatística comparativa revelou que a idade, a taxa de mortalidade, o número de comorbilidades e a Escala de *Charlson* são significativamente superiores nos doentes reinternados ($p < 0.05$).

Em conclusão, para os doentes do Serviço de Medicina, este estudo confirma que o ICC, a Escala ECOG e a *Karnofsky* se correlacionam com a taxa de mortalidade e com o tempo de internamento. O cálculo do estado funcional dos doentes através destes parâmetros poderá ser uma forma útil de tomar decisões na gestão das atitudes terapêuticas nos doentes internados.

E-POSTER 11

QUANDO O RARO AFINAL NÃO É ASSIM TÃO MAU!

Andreia Abreu Fernandes¹; Cláudia Sofia Ramos²

¹USF Lauroé, ²UCSP Beja

Enquadramento: A flebetasia das veias jugulares (FVJ) define-se como uma dilatação sacular ou fusiforme das veias jugulares, distinguindo-se da variz jugular pela ausência de tortuosidades. Apresenta-se sob a forma de tumefação no pescoço desencadeada pela manobra de

Valsalva (evidente no choro, tosse, estertores e gritos). Habitualmente é assintomática, sendo mais comum na infância e rara nos adultos.

Descrição do caso: criança do gênero masculino, 9 anos de idade, observado na Consulta Externa de Pediatria por FVJ associada a rouquidão intermitente. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em agosto de 2013, previamente saudável, por massa cervical anterior direita durante manobra de Valsalva, associado a disфонia. Apresentava tumefação cervical direita, mole, indolor, não pulsátil, sendo que o restante exame objetivo não revelou alterações, estando a criança assintomática. Foi observado por Otorrinolaringologia (ORL) que excluiu patologia do foro ORL. Realizou ecografia do pescoço que mostrou “aumento do calibre da veia jugular interna direita, visível apenas durante a manobra de Valsalva, medindo 36x19 mm no plano axial e 15x8 mm em repouso, a veia jugular interna esquerda apresentava também dilatação durante a manobra de Valsalva, com maior calibre 24x13 mm” sendo encaminhado para a consulta de Cirurgia Vascular no Hospital de Santa Marta, em Lisboa. Foi feito o diagnóstico de Flebectasia da veia jugular interna (com tortuosidade da carótida e ectasia venosa bilateral, com componente aneurismática à direita) e orientado para a consulta de malformações vasculares, onde atualmente é seguido e vigiado com controlo ecográfico anual. Foi igualmente observado pela Cardiologia Pediátrica para exclusão de cardiopatia, com ecocardiograma normal, motivo pelo qual já teve alta desta consulta; e por ORL onde fez fibroscopia que mostrou “nódulos insipientes de ambas as cordas vocais”, realizando terapia da fala.

Discussão: Ainda de causa não esclarecida, a FVJ pode ocorrer em qualquer idade e afeta ambos os gêneros, sendo mais comumente encontrada nas crianças. O Eco-Doppler e a Tomografia Computadorizada (TC) são suficientes para o diagnóstico desta etiologia e o tratamento de escolha deve ser conservador, desde que assintomático. O objetivo deste caso é elucidar sobre esta lesão venosa rara, no entanto benigna e auto-limitante, que não requer intervenção. Durante a avaliação de tumefações no pescoço, a FVJ deverá ser um dos diagnósticos a recordar.

Trabalhos selecionados para exposição

E-POSTER 12

SÍNDROME NEFRÓTICO E GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

André Silva Costa¹; Andreia Ramalho²; Marina Lima³; Emília Couto e Santos¹

¹USF Poente, ACES Almada-Seixal; ²USF Sobreira, ACES Almada-Seixal; ³USF Cova da Piedade, ACES Almada-Seixal

Introdução: A proteinúria, com ou sem síndrome nefrótica, pode ocorrer em associação com uma grande variedade de doenças primárias e sistêmicas. Em adultos, aproximadamente 30% estão associados a uma doença sistêmica, como Diabetes Mellitus, Amiloidose ou Lúpus Eritematoso Sistémico; os casos restantes são geralmente devido a doenças renais primárias, como Doença Lesões Mínimas, Glomerulosclerose Segmentar e Focal e Nefropatia Membranosa. A Doença Lesões Mínimas é a causa predominante em crianças.

Caso clínico: Doente de 18 anos, sexo feminino, saudável, sem antecedentes familiares ou pessoais de relevo, sem medicação habitual, inserida em Família Nuclear no Estadio V do Ciclo de Vida de Duvall.

A doente recorre inicialmente ao Serviço de Urgência por edemas dos membros inferiores (MIs) com 3 dias de evolução. Após realização de estudo analítico com hemograma, função renal, provas hepáticas e ionograma que não revelaram alterações, e observação por Cirurgia Vascular com exclusão de Trombose Venosa Profunda, tem alta com o diagnóstico de Insuficiência Venosa Periférica. Após 4 dias, dada a ausência de melhoria, recorre ao seu Médico de Família: a doente referia aparecimento de edema periorbitário matutino, para além dos edemas dos MIs que agravavam ao longo do dia. É realizado teste rápido de urina que revelou proteinúria (++++), pelo que é feito encaminhamento ao SU para observação por Nefrologia com a hipótese diagnóstica de Síndrome Nefrótica. Foi efetuada Urina II que confirmou a proteinúria (400mg/dL), sendo a doente medicada com furosemida 40mg bid e encaminhada para a consulta externa de Nefrologia para estudo etiológico do Síndrome Nefrótico.

Do seguimento em consulta destaca-se hipercolesterolemia (Colesterol Total - 600 mg/dL; C-LDL - 477 mg/dL; Triglicéridos - 367 mg/dL); C3, C4, ANAs, Atc dsDNA, VDRL, e serologias virais sem alterações; Creatinina de 0,6 mg/dL e Urina 24h com proteinúria de 2568 mg. É posteriormente internada eletivamente para realização de Biópsia Renal que revelou Doença de Lesões Mínimas com depósito de C1q. Foi medicada com furosemida 40 mg tid, espironolactona 25 mg bid e pravastatina 40 mg id. Cumpriu 8 semanas de prednisolona 60mg id com re-

missão completa das queixas e iniciou esquema de desmame com redução de 5 mg a cada 5 dias.

Durante o período em que se encontrava sob corticoterapia, recorre ao Médico de Família por atraso menstrual, com posterior confirmação de gravidez por teste imunológico. Dado o risco de patologia hipertensiva da gravidez, bem como de fenda do palato e restrição de crescimento fetal associada à prednisolona, a doente é encaminhada para Consulta de Medicina Materno-Fetal após a realização do rastreio analítico e ecografia do 1º trimestre com datação de gravidez (IG: 6S + 2d).

Conclusão: Este é um caso clínico em que a intervenção do Médico de Família alterou por completo a orientação da doente, conseguindo formular uma hipótese diagnóstica que se revelou crucial para o atempado encaminhamento da doente em dois momentos distintos da evolução clínica. Atualmente, a doente mantém seguimento em Consulta de Nefrologia e Medicina Materno-Fetal, assim como com o seu Médico de Família, fundamental no papel centralizador dos cuidados de saúde.

E-POSTER 13

UMA HEMATÚRIA POUCO INOCENTE

Ana Margarida Pinho; Camilo Silva

USF Famílias, ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca

Introdução: A Hematúria define-se pela presença anormal de eritrócitos na urina, podendo ser microscópica ou macroscópica. Tratando-se de um achado frequente na população geral constitui um motivo frequente de procura de cuidados.

O número de doenças que cursam com hematúria é vasto, assim é fundamental uma abordagem sistematizada no sentido de identificar a sua origem no trato urinário. Desta forma é fulcral uma história clínica detalhada aliada a um exame físico completo. Para uma avaliação imediata na consulta é possível a realização de uma tira teste urinária que fornece informação relevante para a uma orientação clínica dirigida.

Nos casos em que a etiologia não é óbvia é importante a distinção entre causas glomerulares e extra-glomerulares. Perante a suspeita de uma causa glomerular pode ser importante uma orientação célere para os cuidados de saúde secundários dado o risco de lesão renal.

Com este caso pretende-se refletir sobre a abordagem diagnóstica de um doente com hematúria complicada de lesão renal aguda, seu tratamento e prognóstico.

Caso clínico: Mulher de 53 anos casada, desempregada, inserida numa família nuclear na fase VII do ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais de excesso ponderal e patologia osteoarticular degenerativa medicada com Glucosamina 1500mg. Recorreu à consulta por hematúria macroscópi-

ca, cor “vinho do porto”, em todas as micções, desde há dois dias. Negava dor abdominal, disúria, polaquiúria, oligúria e urgência miccional. Antecedentes de menopausa aos 50 anos, sem metrorragias.

Foi observada dois dias antes na USF por amigdalite aguda pultácea, encontrando-se sob antibioterapia e anti-inflamatório. Nesta consulta apresentava hematúria que não referiu. Ao exame objetivo apirética, normotensa, sem alterações na orofaringe e sem edemas periféricos. Realizou tira teste que identificou hematoproteinúria. Neste sentido foi pedido um estudo analítico e aconselhada a suspensão do anti-inflamatório. Na reavaliação dois dias após a consulta, melhoria da hematúria mas início de náuseas, sem vômitos e sem alterações do trânsito intestinal. Do estudo realizado hemoglobina 11,6g/dL, creatinina 3,9mg/dL, sumária de urina com hematoproteinúria e microalbuminúria 344,8mg/L. Desenvolve assim uma lesão renal aguda que através do seu estudo se conclui de origem glomerular.

Agrupando dados da anamnese, exame objetivo e exames complementares de diagnóstico é possível concluir sobre a glomerulopatia mais provável na origem deste caso, sendo que a sua confirmação só é possível por biópsia renal.

Conclusão: A hematúria constitui uma causa de recurso aos cuidados de saúde, sendo na maioria das vezes uma situação transitória benigna.

No entanto, é fundamental pesquisar ativamente a sua etiologia e quando necessário enviar de forma célere para os cuidados de saúde secundários para avaliação e orientação da situação.

Este caso demonstra a importância da integração de todos os dados disponíveis quer pela recolha da história clínica quer através da consulta do processo clínico, demonstrando ainda uma das competências nucleares do Médico de Família, a gestão da doença aguda e a coordenação de cuidados ao doente.

E-POSTER 14

ANEMIA EM IDADE PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro

UCSP da Guarda

Introdução: As crianças dos 6 aos 24 meses constituem grupos vulneráveis à ocorrência de anemia ferropénica, particularmente no primeiro ano de vida, e em especial quando se inicia a diversificação alimentar. O défice de ferro pode ter impacto no desenvolvimento físico e psíquico da criança pelo que deve ser dada atenção ao diagnóstico, ao estudo das causas e ao tratamento precoce. Dentro das causas destaca-se a mais frequentemente relacionada: a alimentação, nomeadamente a amamentação exclusiva após os 6 meses.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um lactente de 18 meses sem antecedentes pessoais de relevo, que residia no seio de uma família de etnia cigana. Recorreu ao serviço de urgência por exantema maculopapular com 12 dias de evolução. Foi nesse contexto, realizado um estudo analítico que revelou um valor de hemoglobina de 7,5g/dL. Teve alta sob ferro oral 4 mg/Kg/dia e com marcação de consulta externa de pediatria. Na reavaliação verificou-se melhoria do exantema e confirmou-se a anemia, com descida do valor de hemoglobina, reticulócitos e ferritina. Ao longo do seguimento verificou-se ausência de subida dos valores de hemoglobina apesar da indicação para tratamento com ferro oral, pelo que foi proposto internamento para cumprimento terapêutico e vigilância alimentar. Após 2 semanas de internamento verificou-se ligeiro aumento da hemoglobina, tendo-se também verificado desconhecimento por parte da mãe dos cuidados alimentares, e ausência de seguimento nas consultas de vigilância de saúde infantil no médico de família. Toda a avaliação diagnóstica complementar foi negativa. A criança teve alta para seguimento em consulta externa hospitalar. Foi pedida colaboração da assistente social e contactado o médico assistente, para seguimento posterior no Centro de Saúde.

Conclusão: A anemia por carência alimentar pode ser prevenida precocemente com a instituição de uma alimentação adequada. Este caso demonstra a importância de um seguimento adequado pelo médico de família, com particular destaque para este grupo vulnerável onde os cuidados antecipatórios e a avaliação social/familiar é primordial na deteção precoce de situações que coloquem em risco o normal desenvolvimento da criança. Este pode não só capacitar a família, como agir em favor da criança e acionar recursos de articulação que ajam em seu benefício. Em Portugal são necessários estudos de prevalência que permitam situar as orientações de rastreio e/ou suplementação em crianças de risco.

E-POSTER 15

MULTIMORBILIDADE: O ESTREITAR DOS HORIZONTES DA VIDA

Marta Bragança; Teresa Ventura

USF Santo Condestável – ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: Os problemas de saúde coexistentes interinfluenciam-se e reduzem o potencial para enfrentar novas doenças.

Este caso evidencia como a multimorbilidade favorece doenças adicionais e evoluções desfavoráveis das mesmas; retrai a rede social; altera o tempo vivido; obriga à reformulação de expectativas.

Descrição: Cândida, 69 anos, família unitária, tem obe-

sidade mórbida, diabetes mellitus, hipertensão arterial, osteoartroses e osteoporose. Tinha um quotidiano marcado por múltiplos “afazeres”, quando fez fratura femoral. Não formando calo ósseo, indicaram-lhe descarga total do peso do corpo.

Inicialmente, Cândida acreditava na recuperação e conseguia entreter-se. Por incapacidade de variar atividades, confinamento à cama e maior espaçamento da presença dos filhos, começou a referir monotonia, primeiro, e desespero pelo “tempo parado”, depois. Perdeu contactos sociais antigos.

A ausência de evolução positiva dificultava-lhe um olhar demorado sobre o futuro, irremediavelmente alterado. Deprimiu-se, aumentou de peso e descompensou a diabetes mellitus e a hipertensão arterial. A permanência na cama exacerba poliartralgias e provocou atrofias musculares. Progressivamente, Cândida acabou por se adaptar à vida “parada”, aceitando o destino.

A intervenção médica passou por controlo das doenças/sintomas, incluindo a depressão; referenciação para especialidades médicas; suporte psicossocial e à gestão do autocuidado; incentivo à reativação de relações sociais por vias não presenciais; e mobilização de recursos familiares e da comunidade.

Comentário: Neste caso realçam-se a vida própria adquirida por um grupo de problemas de saúde; o ciclo vicioso entre doença e declínio da rede social, por afastamento dos locais de convívio, enfraquecimento de laços alimentados sobretudo pela presença física e esgotamento da rede social; o apagamento do futuro e a indiferenciação do tempo, por diminuição de eventos que recortam os dias; o desaparecimento da esperança, mudando a visão da pessoa de si própria e da sua vida. Mostra a pertinência da abordagem holística da multimorbilidade, que é pouco estudada na perspetiva da pessoa.

E-POSTER 16

ALEITAMENTO MATERNO EXCESSIVO COMO CAUSA DE ANEMIA FERROPÉNICA — DOIS CASOS

Carolina Venda

USF Farol, ACeS Central, ARS Algarve

Introdução: Dos micronutrientes elegidos como os prioritários (ácido fólico, a vitamina D e o ferro) são, especialmente importantes no primeiro ano de vida, o ferro e a vitamina D, dado o leite materno ser pobre em ferro, apesar da sua elevada disponibilidade. O défice de ferro é o défice nutricional mais comum e a primeira causa de anemia na criança em todo o mundo. Há deficiência de ferro e anemia por deficiência de ferro em lactentes de outra forma saudáveis e é, talvez, o único mineral em deficiência na Europa. Assim, foram criadas recomendações

em Portugal pela frequência da deficiência e suas consequências. A dieta carente em ferro é a principal causa de ferropenia na criança. O aleitamento materno exclusivo sem suplementação de ferro até aos 12 meses de idade conduz à ferropenia em 30% dos casos.

Casos clínicos: CASO 1: Menino de 20 meses recorre à consulta por comer pouca quantidade de comida, associado a falta de força nas pernas e cansaço segundo a mãe. Como antecedentes importa referir: Gravidez e parto, sem intercorrências. Somatometria ao nascer: 3360 gr (adequado para a idade gestacional), 50 cm, perímetro cefálico: 32.8cm. Fez rastreio de doenças metabólicas, que deu negativo. Aleitamento materno exclusivo até aos 12 meses, quando iniciou a diversificação alimentar sem intercorrências. Ainda faz aleitamento materno. Última consulta de vigilância há 9 meses.

À avaliação a criança apresentava-se menos ativa que o habitual, pele e mucosas pálidas, sem outras alterações. Ao nível do desenvolvimento estado-ponderal apresenta cruzamento de percentis: Perímetro cefálico P15 à P 3-15; Comprimento P 50 à P3-15; Peso P15 à P3. Apresentava desenvolvimento psicomotor adequado e sem outros achados positivos ao exame físico.

Neste contexto solicita-se exames complementares de diagnóstico que revelaram resultados compatíveis com anemia ferropénica e referenciou-se para o Serviço de Urgência Pediátrica, onde fizeram uma transfusão de concentrado eritrocitário, com boa rentabilidade e sem intercorrências e medicaram com suplementação de ferro oral, com boa resposta, ficando sob vigilância na consulta externa de Hematologia Pediátrica e de nutrição por anemia ferropénica, aparentemente por erros alimentares.

CASO 2: Menina de 4 meses recorre à consulta de vigilância, sem queixas.

Como antecedentes importa referir: Gravidez mal vigiada, sem intercorrências. Parto eutócico, sem intercorrências. Somatometria ao nascer: 2615 gr (adequado para a idade gestacional), 45 cm, perímetro cefálico: 33 cm. Fez rastreio de doenças metabólicas, que deu negativo. Está sob aleitamento materno exclusivo. Última consulta de vigilância há 2 meses.

À avaliação a criança apresentava um exame objetivo sem alterações. Ao nível do desenvolvimento estado-ponderal apresenta cruzamento de percentis: Comprimento P 15-50 à P3-15; Peso P3-15 à P<3.

Neste contexto solicitou-se urocultura e exame parasitológico das fezes, ambos negativos.

Por manutenção dos percentis aos 6 meses referenciou-se para Consulta Externa de Pediatria, onde realizou estudo analítico que revelou anemia ferropénica, aparentemente por erros alimentares, onde iniciaram suplementação de

ferro oral e consultas de nutrição para apoio à diversificação alimentar, com boa resposta, ficando sob vigilância na consulta externa Pediátrica.

Conclusão: O maior incremento de peso do nascimento aos 9 meses, o sexo masculino e o leite materno foram identificados como fatores de risco para anemia ferropénica. A noção do esgotamento das reservas de ferro a partir do 4º-6º mês, aliada ao reconhecimento das consequências de uma situação anemia ferropénica no desenvolvimento cognitivo, levam a que seja aconselhável a introdução de carne aos 6 meses de idade. O ideal aponta para a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida, seguida por suplemento de ferro de 1 mg/Kg/dia dos 6 aos 12 meses ou até se obter um suprimento diário de 11 mg/dia de ferro através dos alimentos.

E-POSTER 17

MAL DO SÉCULO XIX MASCARADO PELO MAL DO SÉCULO XXI

Rita Ramalho; Josiane Scholten; João Covas

USF Alfa Beja

Introdução: Considerada “O Mal do século XIX”, a tuberculose (TBC) continua sendo um problema de saúde pública a nível mundial nos dias que decorrem. Em Portugal, a incidência é intermédia/baixa ou seja, 21,8 casos/100.000 habitantes, com tendência a decrescer e a aproximar-se do limiar da baixa incidência (20/100.000 habitantes). O concelho de Beja reflete essa realidade de baixa incidência.

Relativamente à tuberculose pulmonar, quando ativa, pode infetar até cerca de 10 a 15 pessoas por ano, pelo que a urgência no diagnóstico e tratamento atempado tornam-se imperativas e permitem a disseminação desta na comunidade.

Dada a inespecificidade clínica, no diagnóstico diferencial da TBC devemos incluir outras patologias do foro respiratório, nomeadamente neoplasia broncopulmonar, pneumonia, exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), entre outras.

Descrição do caso: Homem, 53 anos de idade, leucodérmico, vive com o irmão em domicílio próprio com condições habitacionais precárias, desempregado, nível de instrução baixo. Graffar muito baixo.

História familiar: irmão toxicodependente.

Antecedentes pessoais: esquizofrenia, DPOC (desde 2014). Fumador 40 UMA, alcoolismo crónico em abstinência há mais de 1 ano. Nega outras drogas. Nega alergias conhecida. Medicação habitual: antipsicóticos e broncodilatador de alívio sintomático.

A 13-03-2017 recorre a consulta de Doença Aguda com queixas de dispneia intensa para mínimos esforços com

cerca 3 meses de evolução e agravamento progressivo. Inicialmente melhorava com o broncodilatador inalado mas actualmente sem benefício.

Refere também mal estar geral e tosse esporádica. Nega febre, expectoração, nictúria, ortopneia, emagrecimento ou qualquer outro sintoma.

Ao exame objetivo observa-se aparência descuidada, fácies de angustia, apirético, anictérico, acianótico, mucosas hidratadas e hipocoradas, emagrecido (IMC 18,5), dispneico, hiperventilação com uso de músculos acessórios, taquicardia (120 bpm), pulso regular e auscultação pulmonar com estertores e diminuição do murmúrio vesicular diminuído a nível do hemotórax inferior direito. Sem edema dos membros inferiores.

Diante deste quadro clínico a favor de exacerbação da DPOC mas contabilizando a auscultação pulmonar alterada e o seu *status* social levantou-se a hipótese de tuberculose pulmonar num contexto de DPOC já pré-existente.

Foi solicitado: exame da expectoração com pesquisa de BAAR e cultura, hemograma e Radiografia de tórax urgente. Após 4 dias, foi-nos comunicado por via telefónica a positividade do BAAR e o respetivo encaminhamento do doente para o centro de diagnóstico pneumológico enquanto aguardava confirmação diagnóstica por cultura.

Conclusão: Diante de um gigantesco aumento da prevalência de DPOC, considerada nova praga respiratória/ Mal do século XXI, ainda se justifica despistar atempadamente, em grupo de riscos, a TBC- o antigo inimigo.

Considerando o caso supracitado, cuja doença de base é a DPOC, foi o contexto socioeconómico (Graffar muito baixo) que nos orientou para o diagnóstico definitivo de tuberculose.

Assim sendo, como profissionais de saúde primária, devemos estar atentos e capacitados para incluir na abordagem clínica a caracterização do contexto social, familiar e comunitário dos utentes. A Medicina Geral e Familiar confronta-se com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida e não apenas como patologias, exigindo uma abordagem holística.

E-POSTER 18

SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR — UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

João Ferreira Ribeiro; Joana Campelos
USF – O Basto; USF Ara de Trajano

Introdução: As queixas referentes ao sistema urinário inferior têm um vasto leque de diagnósticos diferenciais, de entre os quais destacam a Cistite Intersticial definida por dor, pressão ou desconforto crónicos, associada a urgência e aumento da frequência urinária, sem causa orgânica aparente, que afeta maioritariamente mulheres e trata-

dando-se de um diagnóstico de exclusão. Outra causa de Sintomas do Trato Urinário Inferior a ter em consideração são as neoplasias, tanto ao nível do sistema urinário como ao nível de outras estruturas, o que implica a estruturação de um raciocínio clínico metuculoso e abrangente para o sucesso diagnóstico.

Caso clínico: JMAS, sexo masculino, 58 anos, fumador (15 UMA), IMC 26. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e apendicectomia em 2010. Recorreu à consulta aberta há cerca de 2 anos por disúria pós-miccional, noctúria e pubalgia miccional com cerca de 3 dias de evolução. Referia hematúria macroscópica durante a noite e muita preocupação face à sua situação clínica. Nega febre e não apresentava quaisquer alterações ao exame objetivo. Foi medicado empiricamente e solicitada urocultura e ecografia renal, vesical e prostática.

Voltou à consulta 20 dias depois com os resultados dos exames solicitados, dos quais se destacam: ecografias sem alterações relevantes nomeadamente sem referência a obstruções do trato urinário e urocultura negativa. Referi resolução do quadro de hematúria mas mantém dor na região suprapúbica. Foram solicitadas análises de sangue com serologias virais e medicado com ibuprofeno 600mg em SOS. Regressou após 15 dias com estudo analítico sem alterações e resolução do quadro álgico.

quatro meses depois recorreu a consulta de urgência no Serviço de Atendimento Permanente com reaparecimento dos sintomas. Após discussão via telefone com colega urologista, admitiu tratar-se de uma cistite intersticial, medicando-se com diclofenac 50mg em SOS, pregabalin 75 mg e clonazepam 0,5 mg e proposta referenciação para consulta de Urologia que recusou por entender que seria demasiado tempo de espera.

Recorreu a Urologista privado que efetuou nova ecografia, cistoscopia e ureterografia sem alterações, sendo medicado com solifenacina 5mg e tansulosina 0,4mg com ligeiras melhorias nos 6 meses seguintes.

Regressou para consulta de reavaliação referindo manter queixas álgicas e desvalorizando queixas urinárias. Referiu ainda ter ido a uma consulta de Fisiatria numa clínica privada por queixas de pubalgia com irradiação para os adutores, tendo sido prescritos cuidados de fisioterapia que cumpriu durante 1 semana e interrompeu por ter detetado um “caroço” na região inguinal direita de consistência dura e com cerca de 4 cm. Ao exame objetivo sem febre, sem emagrecimento, sem astenia com tumefação inguinal direita palpável com cerca de 4 cm, não dolorosa, de consistência dura, móvel, sem aparente aderência aos planos profundos e sem impulso à tosse. Perante esta situação foi solicitada ecografia inguinal urgente que revelou adenomegalia de 5 cm e múltiplas de dimensão

inferior de provável origem neoplásica a esclarecer com a maior brevidade.

O doente foi referenciado para o IPO do Porto onde lhe foi diagnosticado linfoma não Hodgkin, com envolvimento das cadeias ganglionares pélvicas e inguinais direita e esquerda. Atualmente encontra-se em tratamento e com controlo das queixas algicas.

Conclusão: Várias sociedades médicas têm vindo a estabelecer critérios para definir e diagnosticar a Cistite Intestinal, mas o facto de esses critérios assentarem em sintomas descritos pelos doentes torna a sua definição controversa. Neste caso não é seguro afirmar uma relação causal dos sintomas com esta entidade bem como com a patologia neoplásica diagnosticada posteriormente. Como médico, mais que rotular um doente é importante procurar o seu bem estar e qualidade de vida. Este caso foi mais um exemplo da importância de uma abordagem global para o sucesso diagnóstico em Medicina.

E-POSTER 19

A QUEDA DE UM RIM

Ana Machado Costa; Carina Antunes; Ana Teresa Fernandes
USF de Ronfe

Introdução: A Nefroptose, também conhecida por rim flutuante ou ptose renal, é uma condição rara, de etiologia não bem estabelecida, mais frequente no sexo feminino e no rim direito (70%), na qual o rim desce mais do que dois corpos vertebrais, ou 5 cm, durante a mudança da posição de decúbito dorsal para o ortostatismo. O diagnóstico ocasional por exames radiológicos ou ecográficos é mais frequente do que o diagnóstico por investigação devido à presença de sintomas. A apresentação clínica típica é de dor abdominal aguda e vômitos com o ortostatismo, causadas por mecanismos de obstrução ureteral ou isquemia renal agudas.

Caso clínico: Jovem adulta, 34 anos, antecedentes de asma, rinite alérgica e doença venosa periférica. Recorre a consulta programada no Centro de Saúde (CS) por apresentar dor abdominal, na fossa ilíaca direita (FID), que agrava ao longo do dia e melhora com o repouso. Nega outra sintomatologia gastrointestinal ou genito-urinária. Ao exame físico, de ressaltar que, à palpação abdominal, apresenta abdómen mole e depressível, doloroso à palpação profunda da FID, onde se palpa massa, nos planos profundos. Pede-se ecografia abdominal que não apresenta alterações e é prescrito tratamento de controlo sintomático. Após 1 mês, por não resolução das queixas, volta à consulta. Mantêm-se as características da dor e a alteração à palpação abdominal. No seguimento da investigação diagnóstica, é realizada colonoscopia total, que não apresenta alterações de relevo. Nos 9 meses se-

guintes manteve dor ligeira, mas sem períodos de agudização. Foi apresentando infeções urinárias de repetição, que a utente relacionava temporalmente com a atividade sexual, pelo que foi iniciada terapêutica profilática. Ao 13º mês após o início do quadro sintomático, a utente recorre ao CS por reaparecimento da dor abdominal na FID, mais intensa nas últimas 3 semanas, que piora quando apresenta maior atividade física, e por palpação de tumefação na transição do flanco direito/FID quando se encontra em posição ortostática. Novamente sem sintomatologia gastrointestinal ou genito-urinária associada. À palpação abdominal em decúbito dorsal não se encontram alterações, mas em ortostatismo, palpa-se massa, de consistência mole, não aderente aos planos profundos, na FID. Solicita-se estudo analítico básico, que não revela alterações, e repete-se ecografia abdominal. A ecografia abdominal relata “quadro de ptose renal do rim direito. Em decúbito dorsal este rim tem topografia normal (...). Com ortostatismo, confirma-se ptose”.

Conclusão: A nefropexia consiste no procedimento cirúrgico de fixação do rim flutuante ao retroperitoneu e está indicada apenas nos doentes sintomáticos, com sintomas arrastados no tempo, nos quais existe confirmação, por exames de imagem, da descida do rim com a passagem da posição supina para ortostatismo.

Tendo em conta que se trata de uma condição clínica rara, com uma apresentação inespecífica e prolongada no tempo, de difícil diagnóstico mesmo com recurso a exames complementares, este caso demonstra a importância da valorização da sintomatologia do utente, devendo esta prevalecer sobre os exames complementares de diagnóstico, que muitas vezes se revelam sem alterações. Este caso clínico reforça ainda a importância do papel do médico de família no seguimento destas situações clínicas arrastadas no tempo, visto ser aquele que tem a possibilidade de manter um acompanhamento contínuo e longitudinal dos doentes. Este acompanhamento contínuo, e não episódico, permite uma caracterização mais minuciosa da sintomatologia do doente, muitas vezes em períodos temporais diferentes, dando oportunidade para o surgimento de sinais ou sintomas adicionais, permitindo uma investigação diagnóstica cada vez mais específica e completa.

E-POSTER 20

ANEMIA FERROPÉNICA SEM CAUSA APARENTE

Marilene Ranginha Ribeiro; Michelle Oliveira; Madalena Santos
UCSP Mira

A infeção por *Helicobacter pylori* (HP) é uma das infeções crónicas mais comuns, afetando cerca de metade da população mundial. Em Portugal, estima-se que a taxa de infeção por HP seja superior a 80% na população adulta.

Esta infecção está quase sempre associada a inflamação da mucosa gástrica que é habitualmente assintomática. Uma das indicações muitas vezes esquecida para pesquisa de HP é a anemia ferropênica de causa não esclarecida. Este caso refere-se a uma jovem, género feminino, 21 anos de idade, que recorre à consulta por anemia verificada quando tentou realizar uma dádiva de sangue, à anamnese apresentava apenas queixas de tonturas, negava perdas sanguíneas gastrointestinais visíveis, tendo ciclos menstruais regulares e fluxo pouco abundante. Analiticamente revelou uma anemia hipocrômica e microcítica, com ferritina inferior ao limite normal, portanto, diagnosticou-se uma anemia ferropênica. Depois de tentada a suplementação com ferro oral durante vários meses e com várias formulações sem eficácia, pediu-se endoscopia digestiva alta com pesquisa de HP, que foi positiva. A doente foi medicada com esquema sequencial de erradicação de HP, mantendo suplementação com ferro oral, tendo, assim, resolvido a anemia, bem como, a depleção das reservas de ferro.

Esta jovem tinha indicação para pesquisa de HP por anemia ferropênica sem outra causa aparente. Relativamente ao esquema terapêutico escolhido, o sequencial tem sido cada vez mais utilizado, de forma a obter maiores taxas de erradicação, porém, poder-se-ia ter optado pelo esquema triplo *standard* recomendado pela DGS.

E-POSTER 21

PRURIDO: ABORDAGEM ETIOLÓGICA

Maria João Martins; Ana Rua

USF Freamunde

Introdução: O prurido é um motivo muito frequente na consulta em cuidados primários. É um sintoma que pode estar enquadrado numa variedade de quadros clínicos distintos, como doenças dermatológicas, neuropáticas, psiquiátricas ou mesmo como manifestação de uma doença sistémica. Além dos efeitos físicos, o prurido pode contribuir para distúrbios emocionais como agitação e depressão. O caso clínico a seguir exposto foi um meio de relembrar a variedade de etiologias do prurido, bem como a importância da história clínica e exame físico no diagnóstico diferencial do sintoma.

Caso clínico: JSA, sexo feminino, 45 anos. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Recorre ao SU do CHTS a 27 de agosto por queixas de prurido generalizado, com 3 dias de evolução, associado a lesões de coceira. Foi diagnosticada com escabiose e medicada com clemastina e acarilbial. No dia seguinte, por não melhoria das queixas recorreu ao SASU onde mantinha prurido, com as mesmas características. Negava utilização de novos produtos ou ingestão de novos alimentos. Negava sintomatologia no

marido. Ao exame físico estão descritas lesões de coceira nos braços, pernas, costas e dorso das mãos; sem lesões características de escabiose. Foi diagnosticada com uma erupção cutânea inespecífica e feito o ajuste de anti-histamínico para alívio sintomático. O nosso contacto com a doente acontece no dia 31 de agosto, quando recorre a consulta aberta com queixa de prurido generalizado sem melhoria com anti-histamínico. Referia distúrbio do sono devido ao prurido. Negava colúria e acolia. Negava sintomas constitucionais. Sem história de consumo alimentar suspeito. Negava contato com animais. Ao nosso exame objetivo encontrava-se apirética, mucosas coradas e hidratadas, anictéricas, com lesões de coceira dispersas no corpo e sem outras lesões visíveis. Colocamos com diagnóstico prurido de causa desconhecida e solicitamos hemograma + IgE e trocamos o antihistamínico para hidroxizina. No dia 3 de setembro recorre a médico particular por manutenção do prurido generalizado que não cedeu aos tratamentos instituídos previamente, associado a icterícia e colúria, tendo sido reencaminhada ao SU de Cirurgia Geral do CHTS. Na admissão encontrava-se icterícia na pele e escleróticas, com lesões de coceira em todo o corpo. Ao estudo analítico efetuado apresentou alterações aumento dos marcadores de colestase, tendo os exames imagiológicos evidenciado imagem de provável processo neofornativo primário das vias biliares. A doente ficou internada para estudo que conclui se tratar de um colangiocarcinoma (*Klatskin* tipo II), tendo sido reencaminhada para o grupo de oncologia do HSJ onde se mantém em seguimento.

Conclusão: Este caso clínico foi importante para rever as diversas etiologias do prurido e a melhor abordagem inicial. Como médicos dos cuidados primários devemos enquadrar a nossa suspeita no mais frequente, nunca esquecendo que por detrás de um sintoma isolado podemos ter também a manifestação de uma doença sistémica. No caso do prurido, as causas dermatológicas tipicamente apresentam achados na pele que indicam a presença de uma doença primária, porém lesões secundárias de coceira ou mesmo infecção associada podem coexistir nas variadas causas devido ao acto de coçar. Numa primeira abordagem é importante diferenciar se existe ou não lesão dermatológica primária. Relembrar que existem causas dermatológicas em que as manifestações na pele são ligeiras, podendo a biópsia cutânea ser necessária quando o diagnóstico é incerto. A possibilidade de doença sistémica deve ser considerada em doentes com prurido generalizado e sem evidência de lesão cutânea primária; uma história clínica abrangente, exame físico e exames laboratoriais podem auxiliar o diagnóstico.

E-POSTER 22

A DORSALGIA COMO DESAFIO CLÍNICO: UM CASO DE MAL DE POTT

André Silva Costa¹; Andreia Ramalho²; Sergey Asyanin¹

¹USF Poente, ACES Almada-Seixal; ²USF Sobreda, ACES Almada-Seixal

Introdução: O Mal de Pott é uma manifestação extrapulmonar de tuberculose que se caracteriza pelo envolvimento da coluna vertebral. Representa cerca de 1-2% do número total de casos de infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Afeta mais frequentemente a região lombar superior e torácica inferior. É uma doença frequentemente subdiagnosticada e responsável por sequelas muitas vezes irreversíveis.

O sintoma mais comum é a dor local, que aumenta de intensidade durante semanas a meses, por vezes em associação com espasmos musculares e rigidez. Deve ser considerada e excluída nos quadros de dor dorso-lombar crónica.

Caso clínico: NRRGS, 31 anos, sexo masculino, raça caucasiana, carpinteiro, inserido numa família nuclear, no estágio III do Ciclo de Vida de Duvall. Nega antecedentes patológicos de relevo assim como medicação habitual. Esteve preso durante 3 anos, tendo saído em liberdade há cerca de 2 meses. Durante o período de reclusão terá tido contactos epidemiológicos com tuberculose. Nega hábitos tabágicos, etanólicos ou consumos de drogas endovenosas.

O doente recorreu à consulta do seu Médico de Família por queixas de dorsalgia com irradiação anterior, com intensidade 9/10, de carácter inflamatório (com agravamento noturno), sem posição antálgica, com 3 semanas de evolução. Não apresentava alterações cutâneas. Foi medicado com Etodolac 300 mg bid, recomendado repouso e calor húmido e prescrita radiografia de tórax e da coluna dorsal.

Uma semana depois, o doente vem mostrar os exames pedidos, que não revelaram alterações. Referia ausência de alívio com a medicação instituída, pelo que foi solicitado TC da coluna dorsal e associado um relaxante muscular (Ticolquicosido, 4 mg id). O resultado do TC revela: “Lesão osteolítica de D12 a esquerda...os aspetos descritos podem corresponder a eventual processo de osteomielite tuberculosa com abscessos para-vertebrais associados.”

O doente foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) que por sua vez solicitou colaboração de Infeciologia, culminando no internamento para estudo de Osteomielite dorsal de provável etiologia tuberculosa. Durante o internamento, realizou RM dorsal e torácica que revelou “condensação lobar inferior esquerda”; é efetuado teste de *Mantoux* com resultado de 15 mm de induração; foi submetido a biopsia óssea e fibrobroncoscopia com crescimento cultural de *Micobacteria* do Complexo *Tuberculosis*. Tem alta com o diagnóstico de Tuberculose com

envolvimento pulmonar e vertebral, encaminhado para o CDP onde inicia esquema de anti-bacilares (Isoniazida + Rifampicina + Etambutol + Pirazinamida) em regime de Tratamento Diretamente Observado (DOT).

Doente cumpriu 18 meses de esquema de anti-bacilares com boa resposta clínica. Após um período de cerca de 6 meses de tratamentos de fisioterapia, recuperou completamente do quadro clínico, retomando a sua atividade profissional.

Conclusão: A dorsalgia é uma queixa comum a nível dos Cuidados de Saúde Primários cujo diagnóstico nem sempre é o mais previsível. O Médico de Família tem um papel essencial na avaliação da gravidade e na orientação diagnóstica e terapêutica.

Neste doente, o contexto epidemiológico, assim como o quadro clínico atípico, funcionaram como sinais de alarme que permitiram ao Médico de Família uma investigação atempada e o seu correto encaminhamento.

É também importante o acompanhamento e apoio do doente e da sua família, sobretudo numa doença ainda estigmatizante como a TB.

E-POSTER 23

UMA DEPRESSÃO MASCARADA

Ana Lúcia Augusto; Inês Jorge Figueiredo; Carla Moreira

USF Lusitana, ACeS Dão Lafões, Viseu

Enquadramento: As perturbações depressivas caracterizam-se pela presença de sintomas como tristeza, astenia, anedonia, culpabilização ou auto-desvalorização, alterações do apetite ou do sono, sendo também frequente a associação com queixas somáticas, nomeadamente de dor. Segundo dados de 2017 da OMS, a prevalência da depressão a nível mundial era 4,4% em 2015, com maior incidência no sexo feminino. Segundo dados da DGS, relativos a 2015, as perturbações mentais e do comportamento têm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75%, superior à das doenças oncológicas. É, portanto, muito importante detetar e tratar adequada e atempadamente estas patologias.

Descrição do caso: Mulher, 39 anos, casada, pertencente a uma família nuclear na primeira fase do ciclo de vida de Duvall. Sem antecedentes patológicos relevantes. Recorreu ao Médico de Família (MF) com queixas gastrointestinais inespecíficas que relacionava com intolerâncias alimentares e sensação vertiginosa quando descia escadas. Clinicamente apresentava quadro de cólicas e dejeções diarreicas esporádicas, sem sintomatologia ou sinais de alarme que fizessem suspeitar de patologia orgânica relevante. Solicitava exames complementares, receosa de sofrer de doença grave. O exame objetivo abdominal

e exame neurológico sumário não apresentavam alterações. Perante a multiplicidade de queixas inespecíficas foi questionada sobre a eventual presença de sintomas do foro emocional tendo a doente revelado o verdadeiro motivo da consulta. Com algum pudor, admitiu sintomas de anedonia, cansaço, tristeza e choro fácil, já com 4 meses de evolução. Foi medicada com Sertralina 50 mg, uma vez por dia, tendo regressado à consulta após um mês, visivelmente melhorada em relação ao quadro inicial.

Conclusão: Este caso mostra com clareza a ideia, ainda muito patente na sociedade, de que as doenças psiquiátricas são estigmatizantes, levando muitas vezes os doentes a adiar o pedido de ajuda médica. Sabidamente fulcral, a relação médico-doente, alicerçada na confiança, sobressai ainda mais nestes casos em que a suspeita, baseada no conhecimento do médico sobre o doente, e a segurança do doente no ambiente da consulta, podem conduzir ao diagnóstico, muitas vezes escondido por detrás de múltiplas queixas somáticas, numa chamada de atenção para um problema nem sempre fácil de admitir. É essencial existir uma boa relação médico-doente que permita aos utentes dizer o que realmente os preocupa, mesmo que na sua ideia o problema seja motivo de pudor por não saberem lidar com ele.

E-POSTER 24

QUANDO O RISCO ULTRAPASSA O BENEFÍCIO, RELATO DE CASO

Cláudia Sofia Ramos

UCSP – Beja

Introdução: A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) é uma perturbação da ansiedade resultante da confrontação com um agente de stress extremo. A apresentação clínica da PSPT varia. São comuns as lembranças recorrentes e involuntárias. Um sintoma comum de revivência são sonhos angustiantes que repetem o evento. A pessoa pode sofrer estados dissociativos nos quais aspectos do evento são revividos (*flashbacks*) e a pessoa comporta-se como se o evento estivesse a ocorrer naquele momento, geralmente são episódios breves sendo que o gatilho pode ser apenas uma sensação física.

Caso clínico: Mulher de 32 anos de idade, saudável, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Veio ao médico de família (MF) com queixas de perturbação do sono, fobia social, agorafobia e com posterior aparecimento de ataques de pânico, inclusive durante o sono (descrevendo durante os ataques de pânico medo de morrer, palpitações, taquicardia, sensação de sufocamento e de despersonalização). O quadro clínico começou após ter sido exposta a um evento traumático que durou aproximadamente três meses. A doente começou com compor-

tamentos de evicção das situações que lhe recordassem o episódio traumático, ficando com limitações no seu dia-a-dia, acrescidas pela fobia social e pela agorafobia. Após diagnosticado PSPT iniciou-se escitalopram 10mg/dia e alprazolam 0,5mg durante 4 semanas, com posterior desmame da benzodiazepina e lofazepato de etilo em SOS. Passado um mês a utente regressou ao MF para reavaliação, com melhoria do quadro, no entanto referia má adaptação aos efeitos secundários do escitalopram. Por não tolerar os efeitos secundários a nível gastrointestinal a utente voltou a procurar o MF passadas 3 semanas dizendo que tinha abandonado a terapêutica. Devido à intolerância ao fármaco e por apresentar um IMC de 17kg/m², decidiu-se iniciar mirtazapina 15 mg/noite. A doente apresentou uma melhoria significativa, com diminuição da agorafobia e dos episódios de pânico e com consequente aumento do IMC para 20kg/m². Manteve a medicação 6 meses e voltou a procurar o MF por agravamento do quadro por ter sido exposta a uma situação semelhante à causadora da PSPT, que lhe provocava *flashbacks* o que levou ao agravamento do quadro clínico. Perante a situação decidiu-se aumentar a dose da mirtazapina para 30 mg/noite, embora a doente já não estivesse exposta à situação que provocou o agravamento do quadro. A doente foi reavaliada passado um mês, nesta consulta a doente descreveu um progressivo agravamento do quadro inicial, passados dois dias do aumento da dose do fármaco, apresentado-se com mais fobias que não existiam inicialmente, dificuldade em dormir, perda de apetite, ansiedade generalizada que não melhoravam recorrendo ao SOS. Decidiu-se voltar a descer a dose da medicação e a sintomatologia que descrevia com o aumento da dose do fármaco desapareceu. Atualmente a doente encontra-se estabilizada com a dose de mirtazapina 15mg/noite.

Conclusão: A falta de estudos da prevalência de PSTP em Portugal (sem ser em situações pós-guerra) não permite inferir o número de indivíduos que padece desta patologia. Mas ao uma patologia que quando associada sobretudo a agorafobia ou transtorno de pânico implique alto grau de incapacidade social, profissional, aumento do número de consultas médicas entre os transtornos de ansiedade, é fulcral o MF saber identificar e tratar corretamente esta patologia. Alguns estudos comparam o efeito terapêutico dos inibidores de recaptção de serotonina (IRSR) com a mirtazapina, tendo demonstrado que eficácia com ambos no controlo dos sintomas de ansiedade e pânico. No entanto, embora ainda existam poucos, há relatos de caso de doentes que desenvolveram ataques de pânico com a dose de 30mg/noite de mirtazapina, no entanto, o motivo não está esclarecido. É preciso não esquecer as reações idiossincráticas que podem ocorrer com determinados

fármacos (ou fármacos em determinadas doses) de forma a evitarmos iatrogenia ao nosso doente.

E-POSTER 25

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR INFLUENZA B NA GRÁVIDA

Joana Barroco; Ana Fraga; Emília Mendes; Noémia Pinto
USF Viver Mais, ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo

Introdução: A gripe sazonal é uma infeção respiratória aguda causada pelo vírus *Influenza*. Esta patologia é caracterizada pelo súbito aparecimento de febre, tosse seca, cefaleias, mialgias, odinofagia e rinorreia.

A maioria dos doentes recupera numa semana sem necessidade de cuidados médicos. No entanto existem determinados grupos que estão em maior risco, nomeadamente mulheres grávidas. Nesta condição, pode ocorrer uma reação imunológica aberrante ao vírus, resultando numa Pneumonia Viral Fulminante e até Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA).

O objetivo do trabalho é relatar um caso de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) por *Influenza B*, discutindo as possíveis estratégias preventivas e as particularidades desta patologia na mulher grávida.

Caso clínico: Utente do sexo feminino, de 36 anos, que se insere numa família reconstruída. Sem antecedentes familiares relevantes. Com antecedentes pessoais de dermatite de contacto e rinite alérgica. História obstétrica de 3 gestações e 2 partos, grávida de 5 semanas. Medicada com ácido fólico 5mg. História de reação alérgica a penicilina na infância.

Recorreu ao Serviço de Atendimento a Situações de Urgência (SASU), referindo tosse, expetoração e febre. Ao exame físico, descrito um razoável estado geral, murmúrio vesicular (MV) rude, com roncos presentes bilateralmente à auscultação pulmonar, mas sem Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) e uma orofaringe ruborizada mas sem exsudados. Foi prescrito Paracetamol 1000mg (1 comp 8/8h) e foi alertada para voltar em caso de não melhoria.

Após 24h, recorreu de novo ao SASU, onde mantinha queixas, mas associadas a cansaço e dispneia. Ao exame físico, de salientar um MV rude com sibilos dispersos e uma Sat.O₂ de 87%. Terá efetuado uma nebulização e oxigenoterapia. Posteriormente, foi referenciada para o Serviço de Urgência (SU).

No SU foi registada uma Sat.O₂ de 70% e uma gasometria arterial com insuficiência respiratória hipoxémica grave (pO₂ 32mmHg), febre (38.4°C), crepitações no hemitórax inferior esquerdo e superior direito e sinais de dificuldade respiratória. Foi assumida PAC grave e iniciado tratamento com Ceftriaxone 2g, Azitromicina 500mg e Oseltamivir

75mg. Foi internada em Unidade de Cuidados Intensivos e iniciada *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e posteriormente assumida PAC a *Influenza B* com sobreinfeção por *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível (SAMS) com bacteriemia.

Conclusão: O diagnóstico da gripe sazonal é frequente e simples de efetuar. No entanto, é de particular importância perceber as fragilidades e particularidades de certos grupos de risco, como as grávidas. Esta compreensão vai permitir ao médico de família ter uma atuação mais preventiva, nomeadamente a nível da vacinação e de uma maior vigilância deste grupo de doentes, e, ainda, a referenciação mais precoce para cuidados de saúde especializados, em caso de agravamento da patologia.

E-POSTER 26

FENÓMENO DE RAYNAUD

Ana Teixeira Fraga; Joana Barroco; Noémia Pinto; Emília C. Mendes
Unidade de Saúde Familiar Viver Mais – ACeS Maia/Valongo

Introdução: O Fenómeno de *Raynaud* apresenta uma prevalência elevada na população, variando entre 3 a 21%. Este consiste numa alteração microvascular isquémica que afeta as extremidades do corpo, em resposta ao frio ou ao stress. É característica uma resposta trifásica da área atingida, com padrão de palidez, cianose e rubor, podendo estar associado a edema, dor e/ou parestesias. O FR considera-se primário na ausência de evidência de outra patologia associada ou secundário, caso haja uma causa subjacente tal como patologia auto-imune, hematológica, vascular, endócrina, fármacos ou fatores ambientais. Geralmente, o FR primário manifesta-se em idades precoces. O vasoespasmos é simétrico, afetando as duas mãos, a palidez não se estende para além das articulações metacarpofalângicas e os polegares são poupados. A presença de alterações tróficas deve condicionar o despiste de uma causa secundária.

Perante um FR deve ser solicitada uma avaliação analítica com hemograma, velocidade de sedimentação e anticorpos anti-nucleares e uma capilaroscopia do leito ungueal, quando disponível.

Pretende-se relatar um caso de FR secundário associado a um Síndrome de *Sjögren*.

Caso clínico: Utente do sexo feminino, 24 anos, solteira, estudante universitária que se insere numa família nuclear, altamente funcional, no estágio VII do ciclo de Duvall e de classe média segundo a escala de *Graffar*. Sem antecedentes familiares de relevo. Antecedentes pessoais de Parotidite de repetição diagnosticadas em contexto de consulta aberta. Medicada com um contraceptivo hormonal combinado oral.

Utente solicita consulta aberta por alteração no estudo

analítico pedido em contexto de consulta privada de Cirurgia Vascular. Teria recorrido à consulta de especialidade por alterações exuberantes de coloração cutânea a nível digital associadas a ulceração e dor, compatíveis com FR. Realizou estudo analítico com doseamento de fator reumatoide e anticorpos anti-nucleares, que revelou níveis aumentados de ambos.

Perante estes achados, foi requisitado hemograma, anti-génios nucleares extraíveis, função tiroideia, velocidade de sedimentação, proteína C reativa e exame sumário de urina. O estudo revelou níveis elevados de anticorpos contra ribonucleoproteínas: anti-Ro (SS-A) e anti-La (SS-B), sem outras alterações.

A utente foi referenciada a consulta de Reumatologia, tendo sido diagnosticado o Síndrome de *Sjögren* Primário baseado nas alterações clínicas, níveis elevados de anticorpos contra ribonucleoproteínas e biópsia das glândulas salivares minor positiva. Foi instituída terapêutica médica com Hidroxicloroquina, Prednisolona em baixas doses e Pentoxifilina.

Conclusão: A maioria dos casos de FR identificados em Cuidados de Saúde Primários são do tipo primário. No entanto, o médico de família tem um papel essencial no reconhecimento de sinais e sintomas que possam estar associados com causas secundárias. O seu reconhecimento precoce está associado a um melhor *outcome* para o doente.

E-POSTER 27

A IMPORTÂNCIA DE NÃO DESCURAR O EXAME OBJETIVO, RELATO DE CASO

Cláudia Sofia Ramos

UCSP – Beja

Introdução: A etiologia do sinus pilonidal permanece desconhecida. Atualmente defende-se que se possa desenvolver na sequência de um trauma, como estar sentado durante um tempo prolongado, tendo o ato influência no pelo a nível subcutâneo e criando um foco para que se possa desenvolver a infecção. É mais frequente nos adolescentes do sexo masculino, sobretudo nos que possuem muitos pelos na região sacrococcígea.

Caso clínico: Mulher de 55 anos de idade, saudável, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre inicialmente ao Centro de Saúde à consulta de recurso por apresentar febre (T^a axilar - 38°C) com dois dias de evolução. Durante a consulta negou outra sintomatologia acompanhante (vómitos, diarreia, tosse ou outros) negando igualmente contexto epidemiológico de patologia na família/amigos. Refere apenas que nos três dias anteriores fez uma excursão, mas durante a qual permaneceu grande parte do tempo sentada. Ao exame objetivo não se observaram

alterações cutâneas, petéquias ou exantemas, não tinha edema nos membros, sendo a auscultação cardíaca e pulmonar e palpação abdominal normais. Encontrava-se a tomar paracetamol, pelo que foi aconselhada a manter a toma 3 vezes por dia se mantivesse o quadro febril. Foi-lhe explicado que se o quadro não resolvesse ou surgisse outro sintoma, voltasse para ser reavaliada. A doente veio então ao seu médico de família (MF) passados dois dias, mantendo o estado febril (que cedia pouco ao paracetamol e temperatura axilar mais elevada – 39°C) e nesta consulta referia ainda uma discreta dor na nádega esquerda. Voltou-se a realizar o exame objetivo, desta vez avaliando também as nádegas e o sulco nadegueiro (não observado na 1^a consulta) e verificou-se a existência de uma tumefação, com rubor e dor a palpação, correspondente a um abscesso perianal. Perante o quadro clínico enviou-se a doente para o serviço de urgência onde foi realizada drenagem do abscesso com fistulectomia parcial e teve alta medicada com metronidazol 2 cp/dia 8/8h. A doente regressou ao MF para fazer os pensos diários, e à observação após a intervenção cirúrgica, a ferida estava a cicatrizar mas a região circundante apresentava sinais de inflamação (embora a doente estivesse apirética) pelo que se acrescentou cefuroxima 500 mg 12/12h à terapêutica. A doente continuou a vir ao MF para reavaliação da evolução da ferida cirúrgica. Teve boa evolução, com resolução passados 6 meses, ficando apenas com uma ligeira incontinência fecal ocasional e de pequenas quantidades.

Conclusão: Embora seja uma patologia mais frequente nos adolescentes e do sexo masculino pode aparecer em qualquer idade e sexo. O tratamento consiste na drenagem do abscesso e segundo a literatura a forma de prevenção desta patologia consiste na depilação definitiva a laser. Enquanto médicos não podemos esquecer que quando avaliamos um doente com febre sem foco aparente é muito importante realizar o exame objetivo a todas as regiões do corpo, pois pode existir um foco “escondido” que justifique o quadro febril.

E-POSTER 28

TRATAMENTO PROLONGADO COM BIFOSFONATOS: QUANDO MAIS PODE SER MENOS

Leonor Simões; Maria Inês Táboas; Lúcia Freitas

USF São Vicente

Introdução: A osteoporose (OP) é uma patologia comum, caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da micro-arquitetura trabecular, resultando em fragilidade óssea e risco aumentado de fratura. Os bifosfonatos (BF) têm eficácia comprovada no tratamento da osteoporose e na prevenção de fraturas osteoporóticas, sendo considerados o tratamento de primeira linha da osteoporose

pós-menopáusia. Sendo esta doença um grave problema de saúde pública e dada a eficácia dos bifosfonatos, estes são fármacos amplamente utilizados, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Não obstante, têm-se colocado questões relativas ao seu uso prolongado, com a descrição de efeitos adversos graves associados ao seu uso. Entre esses estão fraturas atípicas do cólo do fémur, para as quais os clínicos devem estar atentos, em particular nos Cuidados de Saúde Primários, onde os bifosfonatos são diariamente prescritos.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 71 anos de idade, autónoma para atividades de vida diárias. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e osteoporose [tratada desde há 10 anos com alendronato (70 mg, 1 vez/semana) e suplementada com cálcio e vitamina D]. Trata-se de uma doente seguida com regularidade nos Cuidados de Saúde Primários, que em 2016 sofre episódio de queda da própria altura, com trauma *minor* e queixas de dor na coxa esquerda, tendo sido encaminhada para o serviço de urgência (SU). Foi nessa altura diagnosticada fratura sub-trocantérica do fémur esquerdo e a paciente submetida a tratamento cirúrgico, tendo mantido a toma de alendronato, cálcio e vitamina D. Em 2017 sofre nova queda da própria altura, tendo este resultado em fratura da diáfise femoral, desta vez bilateralmente. Foi submetida a intervenção cirúrgica bilateral, tendo sido mantida a suplementação com cálcio e vitamina D, mas suspendido o alendronato.

Conclusão: O diagnóstico de fratura atípica do fémur requer suspeição clínica, recomendando-se estudo radiográfico em doentes com dor “de novo” na coxa. É por isso essencial que os clínicos a conheçam e saibam quando devem suspeitar dela, nomeadamente nos doentes a fazer tratamento prolongado com bifosfonatos, como no caso clínico exposto. Estas fraturas podem ser uni ou bilaterais e têm um padrão radiológico distinto (espessamento da cortical e traço de fratura oblíquo), habitualmente com localização sub-trocantérica ou diafisária.

Embora o risco relativo de fraturas atípicas esteja aumentado em doentes sob tratamento prolongado com bifosfonatos, o risco absoluto parece ser baixo, pelo que alguns defendem que este risco não contra-indica a sua toma por longos períodos. Relativamente a esta temática, a Direção-Geral da Saúde, na norma 027/2011, estabelece que “o tratamento com bifosfonatos deve ser reavaliado ao fim de 5 anos e ponderada a sua relação benefício-risco”. Posto isto, será essencial mais investigação no futuro acerca dos benefícios e riscos do tratamento prolongado com bifosfonatos, para que se possa definir de modo mais consensual qual a duração ótima do mesmo para se conseguir obter e manter a proteção contra fraturas.

E-POSTER 29

QUISTO BRANQUIAL — UM DIAGNÓSTICO A TER EM MENTE

César Matos; Helena Pereira

Centro Hospitalar Tondela-Viseu; Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A avaliação de uma tumefação cervical deve ser efetuada de forma sistemática. Ao examinar uma massa cervical, a primeira consideração deve ser a faixa etária do doente, uma vez que a incidência das diferentes patologias difere consoante a idade; devem ainda ser analisadas as suas características, padrão de crescimento, topografia e presença ou ausência de sintomas associados.

No diagnóstico diferencial consideram-se três categorias: inflamatória, congénita e neoplásica. A maioria das tumefações cervicais em idade pediátrica tem origem inflamatória (75%) ou congénita (20%).

As anomalias dos arcos branquiais correspondem a 30% de todas as anomalias congénitas cervicais. A grande maioria destes origina-se a partir do segundo arco branquial. Os quistos branquiais devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de qualquer tumefação na porção lateral do pescoço, principalmente quando ocorrem nas primeiras décadas de vida.

Caso clínico: Criança de 7 anos, sexo masculino, internada por tumefação cervical direita com uma semana de evolução. Referência a contacto com gatos. Medicada inicialmente com amoxicilina/ácido clavulânico (50mg/kg/dia) por infeção das vias áreas superiores, sem melhoria. Ao exame objetivo apresentava tumefação submandibular na face lateral do pescoço à direita, com cerca de 4,5 cm, elástica, aderente aos planos profundos e dolorosa, sem outros sinais inflamatórios. No estudo analítico apresentava leucocitose (16120/uL), sem neutrofilia, pCr e ADA sérica elevadas (4.3mg/dl; 62.7U/L). Esfregaço sanguíneo sem alterações. O IGRA, Ziehl-Neelsen no aspirado gástrico e hemocultura foram negativos. As serologias para Bartonella, Citomegalovirus, *Epstein-Barr*, Toxoplasma, Rubéola revelaram-se negativas. RX tórax sem alterações. Realizou ecografia dos tecidos moles que revelou “volumosa formação nodular com 3,9 cm no eixo jugulo-digástrico direito com contornos rombos e área necrótica no seu interior, sendo plausível a hipótese de doença bacilar”. Realizou biópsia aspirativa da tumefação cuja PCR para *M. tuberculosis* e *Ziehl-Neelsen* foram negativos. A citologia foi compatível com quisto branquial infetado, tendo sido orientado a Cirurgia Pediátrica para excisão.

Conclusão: Os quistos branquiais devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de qualquer tumefação na porção lateral do pescoço (75% 2ª fenda, 20% 1ª fenda e 5% 3ª e 4ª fendas), principalmente quando ocorrem nas

primeiras décadas de vida.

Um diagnóstico pré-operatório incorreto destas lesões não é incomum, sendo os principais diagnósticos diferenciais o linfangioma, a linfadenite cervical, o quisto do tireoglossos, os quistos dermóides e neoplasias, entre outros. O estudo imagiológico é de crucial importância nesta patologia, quer para orientar o diagnóstico, quer para facilitar a técnica cirúrgica, sendo que apenas a histologia da lesão nos dá o diagnóstico definitivo. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa.

E-POSTER 30

INTUSSUSCEPÇÃO NO ADULTO — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Soares, A.; Borges, B.; Vieira, A.; Silva, P. V.; Melo, G.; Gouveia, A.
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

Intussuscepção ou invaginação intestinal manifesta-se, geralmente, por quadro de oclusão intestinal. Embora relativamente comum na idade pediátrica, é uma situação rara em adultos correspondendo a 1-5% dos casos de oclusão intestinal. 60% dos casos de intussuscepção cólica é de etiologia maligna mais frequentemente na junção reto-sigmoide. Dor abdominal de início insidioso é a queixa mais frequente, podendo estar associada a náuseas, vômitos, obstipação (de progressão lenta) e oclusão. O exame objetivo é frequentemente normal. A tomografia computadorizada (TC) é o método de eleição para diagnóstico de intussuscepção, com a imagem patognômica em “alvo”.

Os autores apresentam o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de HTA e DM, que recorreu ao médico assistente por quadro de obstipação de instalação insidiosa com vários meses de evolução. O exame objectivo evidenciava ligeira distensão abdominal. Realizou colonoscopia revelando lesão vegetante aos 22 cm de aspeto infiltrativo e subestenosante, admitindo-se etiologia tumoral, contudo as biopsias não confirmaram malignidade. TC de estadiamento mostrou um tumor invaginado do cólon sigmoide. Perante a clínica de oclusão foi submetido a sigmoidectomia laparoscópica. A histologia confirmou adenocarcinoma estenosante e invasor de baixo grau do sigmóide (pT2N0M0).

O diagnóstico e tratamento da intussuscepção é cirúrgico, sendo a ressecção sem redução o tratamento de escolha em adultos pelo elevado risco de malignidade associada.

E-POSTER 31

DOENÇA DE MONDOR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Soares, A.; Mega, M.; Gomes, J.; Gouveia, A.
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

A Doença de Mondor é uma entidade rara, caracterizada

por tromboflebite das veias superficiais da parede toraco-abdominal. Atinge mais frequentemente a população feminina na terceira e quarta décadas de vida. Na maioria dos casos, a causa é desconhecida podendo, contudo, estar associada a trauma local, cirurgia, anti-conceptivos orais ou outros factores e/ou condições pro-trombóticas. A maior preocupação reside na sua relação com carcinoma mamário que pode atingir 12% dos casos. Independentemente da causa, o evento patológico responsável é um trombo na luz do vaso acompanhado de reacção inflamatória da parede e tecidos envolventes. A magnitude desta trombose é variável, atingindo desde pequenas tributárias até grandes extensões dos troncos safenos dos membros inferiores e podendo, inclusive, evoluir para Embolia Pulmonar (EP). Contudo, a maioria dos casos têm remissão espontânea. Descreve-se um caso raro de Doença de Mondor numa doente do sexo feminino de 49 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro evolutivo de 5 dias caracterizado por eritema e cordão palpável e doloroso da parede anterior direita do abdómen em posição para-mediada. Ao ecoDoppler apresentava dilatação da veia epigástrica superficial direita, não compressível, e ausência de sinal de ecodoppler. Perante o diagnóstico, foi instituída terapêutica anti-coagulante e sintomática e seguimento em Consulta Externa. O ecoDoppler de reavaliação revelou extensa Trombose Venosa Profunda (TVP) subaguda das veias popliteas, femoral superficial, femoral comum e veias ilíaca externa com extensão à crossa e tronco da grande veia safena e outros vasos superficiais, nomeadamente veia epigástrica superficial e veia ilíaca circunflexa; por incumprimento terapêutico. Foi imediatamente internada para tratamento tendo evolução favorável. Com a apresentação do caso, nota-se a importância da identificação da síndrome e da adequada orientação para o correto tratamento do paciente. Por mais rara que seja esta patologia, a conduta certa é imprescindível para resolução do quadro.

E-POSTER 32

OBSTRUÇÃO DE COLOSTOMIA POR MIGRAÇÃO DE PRÓTESE APÓS HERNIOPLASTIA PARAOSTOMAL

A. Soares; M. Romano; S. Usurelu; L. Valencia; A. Gouveia;
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

Complicações diretamente associadas com o uso de material protésico raramente são citadas na literatura.

Os autores descrevem o caso de um doente de 84 anos, com antecedentes de cirúrgicos de amputação abdominoperineal há 8 anos e de hernioplastia por hérnia paraostomal há 4 anos, que recorreu ao SU por quadro de oclusão intestinal por hérnia paraostomal recidivada encarcerada.

Ao toque pela colostomia sentia-se uma formação dura na

ponta do dedo. A colonoscopia revelou obstrução luminal por migração transmural de material protésico. Optou-se por intervenção cirúrgica que mostrou hérnia paraostomal encarcerada com isquemia segmentar do íleon e obstrução de colostomia por migração da prótese. O doente foi submetido a ressecção segmentar do íleon e do colon, incluindo a prótese, com confecção de colostomia terminal, bem como reparo do defeito herniário com prótese biológica.

Na literatura consultada, não existem casos descritos de migração transmural de prótese de correção de hérnia paraostomal. Os mecanismos fisiopatológicos deste tipo de migração embora, não sejam totalmente conhecidos, podem ser atribuídos à reação inflamatória crônica causada pelo material protésico criando adesões ao intestino com erosão que facilita a penetração do corpo estranho no lúmen intestinal.

E-POSTER 33

REFLUXO BILIAR — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Danielle Amaral Brunialti

USF Tapada

Introdução: A doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) é uma condição que se desenvolve quando o refluxo gástrico causa sintomas de desconforto e complicações. O ácido é o componente do refluxo gástrico mais agressivo e o início da comercialização do omeprazol – o primeiro inibidor das bombas de prótons (IBP) - em 1989, foi um grande avanço no tratamento. Entretanto, notou-se que 20-30% dos pacientes não respondiam aos IBPs e a causa dos sintomas era o refluxo não-ácido (pH>4). Sendo assim, refluxo não-ácido, ou refluxo biliar (RB), como é descrito em algumas literaturas científicas, é um subtipo da DRGE.

O diagnóstico de RB só com a pHmetria é insuficiente, já que sua monitorização indireta é feita pelo nível de acidez. Já a monitorização da impedância dos multicanais intraluminais, detecta a presença de bolus alimentar retrógrado e, juntamente com a medição do Ph, determina se é ácido ou não.

Na DRGE, maioritariamente, a utilização de IBP melhora os sintomas. Todavia, a acidez como alvo terapêutico não foca a patofisiologia do RB, que é relacionada com a incapacidade do esfíncter inferior do esôfago. Estão em estudo inibidores de refluxo, como o agonista do receptor do ácido gama aminobutírico (GABA_B) e o antagonista do receptor do 5-glutamato metabotrópico.

Caso clínico: M.B., mulher, de 57 anos, com: depressão, hérnia do hiato, úlcera gástrica complicada, gastrite crônica com *H. pylori*. Submetida à funduplicatura de Nissen e gastrectomia subtotal em 2004 e seguida na gastroenterologia. Medicação habitual: milnaciprano.

Doente vista no dia 04/09/2017 com queixas de pirose frequente, regurgitação e epigastralgia, desde “há tempos”, com agravamento. Sem relação alimentar. Exame objetivo, sem alterações. Medicada com omeprazol 20 mg e pediu-se para aguardar a consulta de gastroenterologia, que seria no mês seguinte. M.B. retornou em 08/11/2017, sem melhorias, mesmo após o aumento de omeprazol para 40 mg, realizado pelo gastroenterologista. Trazia relatório do trânsito esofágico, de 12/10/2017, referindo “recidiva de hérnia. Indicações de esofagite de refluxo, observando-se redução progressiva de calibre com consequente atraso da passagem do contraste para o estômago” e monitorização da impedância dos multicanais intraluminais, confirmando o diagnóstico de hérnia do hiato e RB. Foi explicado à M.B. que o tratamento medicamentoso para o RB é limitado. Foi proposta repetição cirúrgica, a doente preferiu aconselhamento com o médico de família (MF). Foram discutidas opções. Devido a falha do IBP e a negação da doente quanto à cirurgia, foi medicada com baclofeno 10mg, com aumento progressivo até 40 mg/dia, conforme sugestão prévia do gastroenterologista. Em 19/01/2018, M.B. vem à consulta referindo melhora da sintomatologia gástrica com a medicação instituída.

Discussão: A incidência de RB é subestimada, tanto pelo diagnóstico equivocado de DRGE ácida, como pela escassez de uma técnica diagnóstica própria para o refluxo não-ácido. Além de que, resultados do *score* do QS-DRGE Brasil, mostraram que não há diferença significativa da qualidade de vida entre os grupos pesquisados, com refluxo ácido ou não-ácido. Enfatizando, assim, a importância desta patologia na vida do doente e a necessidade do conhecimento diagnóstico e terapêutico pelo MF.

O maior desafio do refluxo não-ácido é o tratamento, uma vez que ainda não há medicamentos. Ensaio clínico estão em curso. Tutuian *et al.* Mostrou que o uso de IBP diminui a sintomatologia em alguns doentes com RB. A utilização de baclofeno (agonista do GABA_B)10mg 4x/dia pode ser testado, como sugerem pequenos ensaios clínicos. A associação de gabapentina, de acordo com os resultados de Manick *et al.*, mostrou uma melhora dos sintomas subjetivos de 75% dos doentes estudados, apesar de não se saber, seu mecanismo de ação. Se, contudo, a medicação falhar, recorre-se à cirurgia, que inclui a funduplicatura completa de Nissen, funduplicatura parcial e ablação por radiofrequência endoscópica.

E-POSTER 34

O IMPACTO PSICO-SOCIAL DA DOENÇA DE PEYRONIE

Lúis Borges Ferreira; Mariana Paim Carvalho

USF Gama, Centro de Saúde de Torres Vedras

Introdução: As alterações da curvatura do pênis surgem

normalmente associadas a hipospádia, sendo que na população em geral 1 em 300 homens têm hipospádia, e desses, cerca de um quarto podem ter desvios penianos. Os desvios do pênis podem ser divididos essencialmente em dois grupos, os congénitos e os adquiridos (Doença de *Peyronie*). A curvatura peniana congénita está relacionada com uma assimetria da complacência da túnica albugínea dos corpos cavernosos, como resultado de uma interrupção do desenvolvimento durante a embriogénese. Pode ser simples quando existe apenas um desvio lateral do pênis, mas é descrito como complexa quando é acompanhado de um desvio dorsal ou ventral, conferindo algum grau de rotação peniana (rotação tridimensional), estando presente desde o início da vida, não estando associado a disfunção erétil. A rotação peniana pode ser observável pela rotação do meato uretral com o pênis em erecção. Em cerca de 10% dos casos congénitos e mais de 20% dos casos adquiridos de curvatura peniana, a deformidade é complexa relacionada com a presença concomitante de desvio, torção e estreitamento dos corpos cavernosos. Regra geral, a deformação congénita peniana não é grave o suficiente para interferir com a actividade sexual, embora a maior parte dos pacientes se abstenha de o fazer, com todas as implicações psico-sociais associadas a este comportamento defensivo. Estão descritos muitos casos de perturbações da ansiedade, embaraço e abstinência sexual associados a deformações penianas em jovens adultos. Não obstante, estão também descritos casos de dor durante a erecção e contacto sexual, dificuldade na penetração e dispareunia na parceira devido à deformidade peniana. A Doença de *Peyronie* é descrita como uma induração plástica do pênis, normalmente associada à existência de uma ou mais placas de tecido fibroso na túnica, que confere algum grau de desvio e torção do pênis. É a lesão deformante adquirida do pênis mais estudada, embora de causa não completamente esclarecida. Tal como nas alterações congénitas no pênis, a Doença de *Peyronie* tem sido essencialmente tratada com recurso a técnicas cirúrgicas semelhantes.

Caso clínico: Doente de 21 anos de idade apresentou-se na consulta com queixas de encurvamento anterior do pênis, sem dor e sem disfunção erétil. No contacto inicial apresentava-se bastante ansioso, tendo informado que não tinha experiência sexual. Na anamnese não havia referência a doenças de infância, a cirurgias prévias (urológicas ou outras), a traumatismos locais e a antecedentes familiares relevantes. Ao exame objectivo observou-se um encurvamento dorsal do pênis superior a 30°, sem dor em estado flácido ou erecto, com erecção normal e sem placa fibrosa palpável na túnica albugínea. Não se evidenciaram outras anomalias, nomeadamente, fimose ou hipospádia.

Observou-se a deformidade através de fotodocumentação (fotografia do pênis em erecção, em 3 planos). A ecografia evidenciava corpos cavernosos com estrutura preservada, não revelando alterações, nem microcalcificações intra-cavernosas, identificando-se apenas uma placa fibrótica da túnica albugínea de ambos os corpos cavernosos, na face dorsal do pênis. Perante este quadro, a opção de tratamento foi correcção da angulação pela técnica de corporoplastia de *Nesbit*.

Conclusão: A Doença de *Peyronie* acarreta um peso emocional e psico-social de grande importância, sendo necessário intervir em idades precoces, para que o desenvolvimento físico e psíquico do doente não seja comprometido. A intervenção cirúrgica tem poucos riscos, porém pode haver encurtamento peniano. Porém, os resultados pós-cirúrgicos são bastante animadores e com repercussão imediata na auto-estima dos doentes.

E-POSTER 35

CÓLICA RENAL NA GRÁVIDA

Luís Borges Ferreira; Mariana Paim Carvalho
USF Gama, Centro de Saúde de Torres Vedras

Introdução: Do ponto de vista epidemiológico, a cólica renal é uma condição patológica muito prevalente na população em geral, afectando cerca de 10% da população. A cólica renal durante a gravidez ocorre numa proporção de 1/200–1500 gestações, sendo que 80–90% dos casos surgem no 2º ou 3º trimestre. Esta condição é mais frequente nas múltiparas (3:1), sendo que a incidência é idêntica na mulher grávida e não grávida. A cólica renal na grávida surge pela combinação de três factores associados com a própria gravidez. Por um lado, as alterações sistémicas (como o aumento da taxa de filtração glomerular e o aumento do volume plasmático), por outro surgem as alterações mecânicas (ureterohidronefrose e estase urinária) provocadas pelo aumento do volume uterino. As alterações nefrológicas próprias da gravidez levam a uma modificação bioquímica do parênquima renal, tornando este um ambiente pró-litogénico. O exame diagnóstico de primeira linha é a ecografia renal, podendo ser colmatada com ressonância magnética ou tomografia computadorizada de baixa dose. A terapêutica da cólica renal assenta em três pilares: terapêutica conservadora, terapêutica médica e terapêutica interventiva. A terapêutica conservadora promove a resolução espontânea de 70-80% dos casos. A terapêutica médica, como analgesia, hidratação e antibioterapia têm de cumprir os critérios de segurança para o feto e para a grávida. A terapêutica interventiva fica habitualmente reservada para as situações mais complexas, como sejam os casos de sépsis, cólica renal refractária à terapêutica médica, casos de rim único, de insuficiência

renal ou de uropatia obstrutiva bilateral. As técnicas mais interventivas têm algumas desvantagens, como sejam o risco aumentado de infecção pós manipulação ou o risco de lesões para o feto (como a litotricia por ondas de choque, que está contra-indicada por causar lesões no ouvido do feto).

Caso clínico: Uma mulher grávida de 30 anos, com um índice obstétrico IO:1001 e idade gestacional 26 semanas e 6 dias surge com lombalgia à esquerda, com dor tipo cólica, com uma semana de evolução, que não cedeu à terapêutica analgésica (paracetamol+metamizol). Ao exame objectivo destaca-se um sinal de Murphy renal positivo à esquerda. Não apresentava alterações analíticas, com análise de Urina II e Urocultura negativas. A ecografia renal relatava uma Uretero-hidronefrose bilateral, mais evidente à esquerda, a que se associa ectasia dos ureteres lombares e pélvicos bilaterais, com foco litiásico no uretero pélvico esquerdo, com cerca de 7 mm. Fez medicação anti-inflamatória com cetarolac EV, não havendo melhoria evidente do quadro clínico. Foi então proposta para Uretrolitoextração endoscópica com laser, tendo-se realizado a extracção de cálculo do ureter esquerdo justa-meatal, com pinça endoscópica, de aproximadamente 7 mm, sem colocação de stent ureteral. Foi medicada com amoxicilina no intra-operatório e descreve-se apenas dor lombar discreta no pós-operatório.

Conclusão: Patologia litiásica na grávida não é comum. A cólica renal na grávida pode por em risco a evolução da gravidez, com risco de parto pré-termo. Os cálculos mais comuns são os de fosfato de cálcio. A ecografia é o exame de imagem de eleição. O tratamento conservador apresenta sucesso terapêutico em cerca de 70-80% dos casos. As técnicas interventivas são igualmente bem-sucedidas, embora com riscos para a grávida e para o feto diferentes.

E-POSTER 36

SÍNDROME NEFRÓTICA — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Leonor Oliveira; Maria Rosário Quinta
UCSP de Montemor-o-Velho

Enquadramento: A síndrome nefrótica (SN) define-se pela presença de proteinúria superior a 3.5g/dia e pode apresentar-se associada a um quadro de hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia. Esta síndrome encontra-se associada a diferentes tipos de lesões renais, idiopáticas ou secundárias a doenças sistémicas, que têm o glomérulo renal como principal local de atingimento. Sem um bom controlo terapêutico, algumas destas patologias acabam por evoluir para um declínio progressivo da função glomerular.

As principais causas de SN variam com a faixa etária, sendo que, nos adultos, as mais frequentes são a glomeruloesclerose segmentar focal (GESF), a glomerulonefrite membranosa (GNM) e a nefropatia diabética. Na suspeita de SN, é fundamental realizar um estudo diagnóstico preciso, a fim de perceber a sua etiologia e, deste modo, implementar o esquema terapêutico mais adequado.

Descrição: Sexo feminino, 45 anos, caucasiana, solteira. Antecedentes pessoais de ITU's de repetição. Recorre à consulta aberta, em Maio de 2017, por apresentar edemas dos membros inferiores associados a astenia marcada, com duas semanas de evolução. Nega dispneia, ortopneia, angor, palpitações, sudorese. Bom controlo da TA no domicílio. Ao exame objetivo bom estado geral, sem SDR, corada, apirética, satO2 aa 100%, pulso rítmico e regular, ACP sem alterações, MI edemas bilaterais com godet, veias varicosas dispersas, sem sinais de TVP. São pedidas análises, ECG, ecocardiograma e eco *doppler* venoso. É medicada com furosemida 40mg id, vessel 2id e sugerido uso de meias elásticas. Em Junho, volta à consulta com os resultados dos exames solicitados, referindo persistência das queixas. O eco doppler revela linfedema de ambos os membros inferiores, as análises mostram alteração da ficha lipídica, com colesterol total de 317mg/dl e LDL de 234 mg/dl, hemograma normal e função renal e hepática preservadas. É medicada com atorvastatina 40mg e pedida consulta de Cirurgia Vasculuar. Em Setembro, recorre à consulta por queixas de disúria e urina espumosa. Nega febre, náuseas, vômitos, hematúria, lombalgia. Traz informação da consulta de Cirurgia Vasculuar, com indicação para medidas conservadoras. Ao exame objetivo bom estado geral, corada, apirética, ACP sem alterações, abdómen inocente, Murphy renal ausente, MI edemas bilaterais com godet até aos joelhos e edemas periorbitários. Combur positivo para leucócitos e nitritos. É medicada empiricamente com amoxicilina/ácido clavulânico e são pedidas urocultura, ecografia renal/ vesical e análises com proteínas totais e microalbuminúria das 24horas. Em Outubro, traz o resultado das análises com urocultura positiva para E. Coli, ecografia renal com quisto renal simples de 3.8cm no RE, microalbuminúria das 24h de 8638mg /24h e proteínas totais de 4.6g/dl. É encaminhada para o SU de Nefrologia do CHUC onde fica internada por suspeita de síndrome nefrótica. É realizada biópsia renal que confirma glomerulonefrite membranosa. Encontra-se neste momento estável, sob corticoterapia e tratamento com ciclofosfamida.

Conclusão: Este caso mostra a importância que o Médico de Família desempenha no seguimento continuado do doente, sobretudo numa situação de persistência de queixas. Em virtude de uma clínica inagural e inespecífica

fica, é fundamental integrar toda a informação disponível acerca do doente e do seu quadro clínico e requisitar os exames complementares mais adequados ao raciocínio diagnóstico. Neste caso, foi a clínica arrastada de astenia, edemas periféricos e ITU's de repetição que nos levou a manter um índice de suspeição elevado, com a necessidade de continuarmos a investigação a fim de obtermos novas respostas.

E-POSTER 37

HIPERTENSÃO NOTURNA: É PRECISO SUSPEITAR PARA DIAGNOSTICAR

Fabiana Peixoto; João Reis; Tiago Mendes; Joana Monteiro
USF Odisseia

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma doença afeta quase um quarto da população mundial e está associada a morbilidade e mortalidade muito significativas. Em Portugal, dados de 2015 apontam para uma prevalência de HTA de 36% na população residente, com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos de idade. Esta doença crónica constitui um dos grandes problemas de saúde a nível mundial por se tratar de uma doença silenciosa e, por vezes, de difícil diagnóstico. Tal como a hipertensão diurna, a hipertensão noturna é um preditor importante de mortalidade cardiovascular e global, afetando cerca de 6,0% dos doentes da Europa Ocidental, e o seu diagnóstico passa facilmente despercebido uma vez que implica a realização de medição ambulatória da pressão arterial durante 24 horas. Os autores descrevem um caso de uma doente com hipertensão isolada noturna e perfil não-dipper.

Caso clínico: Sexo feminino. 67 anos de idade. Antecedentes de Hipotireoidismo e Perturbação do Sono. Medicação Habitual: *Eutirox* 100 mcg; *Valmel* id. Perturbação do sono bem controlada com a medicação instituída. Antecedentes familiares irrelevantes. Diagnóstico de HTA essencial em novembro de 2017, após várias medições da TA com valores compatíveis com HTA grau I. Nessa altura, iniciou tratamento com telmisartan 40 mg id e Bisoprolol 1,25 mg id. Em consulta de seguimento, a doente apresentava registos de episódios hipotensivos no domicílio, pelo que se optou por suspender medicação anti-hipertensora. Posteriormente, registos de TA do domicílio apresentavam-se normais, pelo que se decidiu solicitar MAPA, que revelou "valor tensional médio noturno sistólico aumentado, e perfil circadiano não fisiológico do tipo não-dipper. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de HTA noturna com perfil não dipper associado, iniciando-se lisinopril 5 mg à noite. Em consulta de seguimento, a doente apresentava HTA controlada sem sintomatologia hipotensiva associada.

Conclusão: Este caso pretende alertar para uma apre-

sentação rara, mas possível, de hipertensão arterial, que deve ser equacionada em doentes com suspeita deste diagnóstico.

Por outro lado, o perfil não-dipper é uma entidade distinta da hipertensão noturna, que frequentemente ocorre concomitantemente, representando só por si um pior prognóstico cardiovascular. Estes achados podem eventualmente estar associados a causas de hipertensão secundária, que devem ser excluídas. Comparativamente com os restantes doentes hipertensos, estes doentes têm habitualmente valores de tensão arterial ambulatória mais baixos. No entanto, apresentam progressão para lesão de órgão-alvo semelhante ou até superior.

Assim, o médico de família deve estar alerta para a possibilidade deste diagnóstico, solicitando MAPA quando suspeitar de HTA noturna, com vista a implementar o adequado seguimento e tratamento destes doentes.

E-POSTER 38

QUANDO OS ANTECEDENTES PESSOAIS CONTAM TODA A HISTÓRIA: UM CASO CLÍNICO

Rui Miguel Brandão; Lisa Goulart; Marta Silva; Pedro Luís Maduro Pinheiro; Paula Sousa
USF Penela

Introdução: A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma situação frequente em idade pediátrica, sendo uma das infeções bacterianas mais comuns nesta faixa etária. O seu correto diagnóstico, tratamento e seguimento é imprescindível a um bom acompanhamento, de modo a minimizar-se as sequelas, nomeadamente cicatrizes renais, potencialmente responsáveis por morbilidade significativa a longo prazo. Torna-se importante o seu diagnóstico em tempo útil bem como o diagnóstico diferencial com outras patologias do foro urológico.

Caso clínico: Identificação: Menino de 8 anos, inserido em família nuclear, Ciclo de Duvall III, Apgar familiar 10, antecedentes familiares irrelevantes; Antecedentes pessoais: ITU's de repetição, Litíase renal (com colocação de duplo J bilateral), Hidronefrose bilateral.

Utente dá entrada no Serviço Urgência (SU) do Hospital Pediátrico a 08/11/2017 por polaquiúria, ardor miccional, sem febre. Vinda anterior ao SU 4 dias antes, com quadro de retenção urinária, desconforto abdominal, que resolveu, ficando com disúria, poliúria, ardor miccional, com micções em jato. Realizada Sumária de Urina altamente sugestiva de ITU (leucocitúria, presença de nitritos, presença de bactérias, proteinúria), medicado empiricamente para pielonefrite com cefuroxime, ficando com urocultura pendente. Avaliado pela equipa de urologia que refere não haver indicação para realização de ecografia. Pela manutenção das queixas e por apresentar novo sumário de

urina alterada (leucocitúria), realiza nova urocultura com alteração da antibioterapia para amoxicilina e marcação de consulta de agudos, para investigação da etiologia.

Volta ao SU três dias depois pela manutenção das queixas, evidenciando-se ao exame objetivo cálculo na parte terminal da uretra, tendo sido encaminhado para a Cirurgia, que procede à remoção do cálculo e realização de RX pélvico para verificar o posicionamento do duplo J. Já em internamento realiza ecografia vesical, que demonstra a presença de cálculo vesical, com indicação para realização de litotricia para remoção do cálculo e extração de cálculos residuais, através de sistema em vácuo.

Conclusão: Com este caso verificamos que se deve estar alerta para situações que podem mimetizar as infecções urinárias, como é o caso da litíase urinária, que não sendo tão frequente, tem igualmente complicações se não for tratada a tempo. O conhecimento dos antecedentes pessoais e a sua relação com a clínica são fulcrais para que se chegue ao diagnóstico, não esquecendo as patologias urológicas menos comuns, minimizando as sequelas e as intervenções desnecessárias, apostando na prevenção em todos os seus níveis.

Contudo, e igualmente importante, o conhecimento dos protocolos de atuação locais permite uma atuação mais célere em todos os procedimentos, assim como uma uniformização dos cuidados prestados a todos os utentes.

E-POSTER 39

QUANDO O QUE É POUCO FREQUENTE APARECE NA CONSULTA — A PROPÓSITO DE UM CASO DE DISPNEIA

Inês Ventura Couto

USF Mactamã, ACES Sintra

O Pneumotórax consiste na presença de ar livre na cavidade pleural, causando atelectasia parcial ou total do pulmão homolateral. Apresenta uma incidência global entre 24-32/ 100 000, com distribuição em dois picos etários: entre os 20-30 anos e entre os 60-70 anos. Apesar de pouco frequente em idade pediátrica, é mais prevalente em adolescentes a partir dos 14 anos. É classificado como espontâneo, traumático ou iatrogénico. Um pneumotórax espontâneo diz-se primário quando não existe doença associada. Diz-se secundário quando surge como complicação de doença existente.

O pneumotórax espontâneo primário ocorre tipicamente em homens jovens, altos, magros e com hábitos tabágicos ou toxicofílicos. Nos jovens a toracalgia é mais comum, mas em doentes mais velhos a dispneia é geralmente a principal queixa. A intensidade da dispneia geralmente está relacionada com o tamanho e a velocidade de instalação do pneumotórax e com a reserva cardio-pulmonar do doente, contudo cerca de 12% dos doentes não refe-

rem qualquer sintoma, levando a atrasos no diagnóstico. Descreve-se o caso de uma adolescente de 15 anos, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares relevantes, que recorreu à consulta aberta acompanhada pela mãe. Apresentava um quadro sintomatológico com menos de 24 horas de evolução, iniciado durante a prática de natação na tarde anterior à consulta. Referia sensação de “aperto/pressão” torácica anterior de intensidade ligeira, constante e sem irradiação, associada a “sensação de dificuldade em respirar”. Desde essa manhã referia adicionalmente dor na região infra-clavicular esquerda, sem irradiação mas intensificada pelos movimentos. Negava dor à inspiração profunda, tosse ou febre. Sem outras queixas dos diversos órgãos e sistemas. Sem contexto epidemiológico relevante.

Apresentava-se calma, com discurso fluente. Eupneica. Tensão arterial de 118/74 mmHg, frequência cardíaca de 85 bpm, saturação periférica de oxigénio de 98% em ar ambiente. Temperatura axilar de 36.5°C. Expansibilidade torácica aparentemente simétrica. Auscultação cardíaca sem alterações. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído no terço superior do hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios audíveis. Vibrações vocais discretamente diminuídas à esquerda e timpanismo à percussão homolateral. Sem dor à palpação local da região infraescapular esquerda e região costochondral.

Pediu-se radiografia de tórax postero-anterior e de perfil esquerdo em ambulatório com carácter de urgência. Foram explicados sinais de alarme e dada indicação de regressar à consulta após a realização do exame. Na radiografia torácica identificava-se câmara de pneumotórax apical e lateral, de dimensão moderada a grande, com atelectasia passiva do parênquima pulmonar adjacente. Sem desvio do mediastino.

Poucas horas após o contacto inicial, foi confirmada a hipótese diagnóstica de pneumotórax espontâneo. A doente foi referenciada de imediato ao Serviço de Urgência do hospital de referência onde teve posterior seguimento.

Os cuidados de saúde primários são muitas vezes o primeiro recurso dos doentes em situações de patologia aguda. Contudo o diagnóstico de pneumotórax é pouco frequente neste contexto, o que pode ser explicado pela intensidade da sintomatologia de apresentação, que faz com que o doente recorra diretamente ao serviço de urgência. O interesse por este caso reveste-se pela discrepância entre a sintomatologia apresentada pela doente e a gravidade do quadro, reforçando a importância do elevado grau de suspeição para quadros clínicos de patologias menos prevalentes nos cuidados de saúde primários e da abordagem semiológica direcionada, mas completa, para o diagnóstico correto e atempado de patologias potencialmente fatais.

E-POSTER 40

ABORDAGEM DE UMA DOENTE DIABÉTICA NO CLIMATÉRIO — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Coelho

USF S.J.E. Lóios

Introdução: A perimenopausa é um período de transição onde existe diminuição da função ovárica, porém ainda existe risco de gravidez devendo-se manter um método contraceptivo adequado. A Diabetes Mellitus (DM) é uma contra-indicação relativa para contraceção/terapêutica hormonal com estrogénios. A terapêutica hormonal combinada pode ocasionar o risco adicional de trombose arterial apesar de estar associada a diminuição de casos de novo de DM.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 55 anos com história conhecida de DM tipo 2 insulino-tratada há 20 anos, Cardiopatia Isquémica, Dislipidemia, Doença Fibroquística Da Mama; S. depressiva, excesso de peso. Como antecedentes Ginecológicos: G2P2, menarca aos 10 anos, menstruações regulares, fluxo moderado, cataménio de 4-5 dias, sem dismenorreia, vida sexual ativa, uso de dispositivo intrauterino (DIU) colocado há 7 anos. Medicada com NovoMix® 30 16 U (manhã e noite), Humalog® 100 U/ml 12U (manhã e noite); Ácido acetilsalicílico 100mg, Nebivolol 5 mg, Bioflavonóides 500 mg; Pentoxifilina 400 mg, Atorvastatina 20 mg; Trazodona 150 mg e Paroxetina 20 mg.

Numa consulta de vigilância programada a doente refere afrontamentos e hipersudorese noturna com 2 meses de evolução e amenorreia associada a dismenorreia nas últimas 5 semanas, referindo ter medo de estar grávida. Pediu-se ecografia ginecológica e doseamentos hormonais. Na consulta seguinte, doente refere alguma melhoria dos sintomas, tendo menstruado novamente. Análises: FSH 12, ecografia ginecológica: sem alterações, com DIU bem posicionado. Tranquilizou-se a doente explicando da perimenopausa em que se encontrava. Alguns meses depois, em consulta de planeamento familiar para citologia de rastreio, doente pede para retirar o DIU e pede medicação para os sintomas que tinham retomado e referia com uma amenorreia de 2 meses. Realizou-se a citologia. Voltou-se a explicar as alterações hormonais desta fase e as alternativas possíveis: reafirmou-se a necessidade de manutenção de contraceção, tranquilizando em relação a durabilidade e segurança do DIU; e uma vez que a doente já era insulino-tratada há mais de 20 anos, tinha patologia vascular concomitante assim como fatores de risco cardiovasculares, preferiu-se não iniciar tratamento farmacológico com terapêutica de substituição hormonal mas antes incentivar à perda de peso e ao exercício físico regular.

Conclusão: O climatério é uma fase de mudança sendo

característico o estabelecimento de alterações que poderão ser ligeiras a graves, transitórias ou permanentes. A curto prazo há sobretudo alterações vasomotoras, do sono e emocionais. A médio prazo poderão surgir sintomas genitourinários. E a longo prazo destacam-se as complicações cardiovasculares, a osteoporose e doenças cognitivas, pelo que o papel do médico de família é sobretudo de acompanhamento e esclarecimento do doente, assim como intervenção apropriada. Neste caso optou-se por não iniciar terapia hormonal de substituição apesar da sintomatologia não pela DM em si, mas pela avaliação de todas as comorbilidades da doente. Esta decisão foi global e o mais importante foi realizada em conjunto com a doente, mas sendo esta uma decisão não definitiva, mantendo o acompanhamento e vigilância da doente.

E-POSTER 41

DIABETES E CARCINOMA DAS CÉLULAS RENAI: UM CASO AO ACASO OU UMA RELAÇÃO?

Carolina Venda; Rui Carmo

USF Farol, ACeS Central, ARS Algarve

Introdução: A Diabetes Mellitus é uma patologia muito frequente, tendo atingido, em 2015, uma prevalência de 13.3% na população portuguesa entre 20 e 79 anos. A Diabetes Mellitus tipo 2 está associada a inúmeros fatores de risco já bem conhecidos, como excesso ponderal, idade acima dos 45 anos, sedentarismo, antecedentes pessoais de diabetes gestacional, de acidente vascular cerebral ou patologia cardíaca, antecedentes familiares de diabetes, hipertensão arterial, triglicéridos elevados e colesterol HDL baixo, síndrome de ovário poliquístico. A diabetes mellitus é fator de risco para cancro pancreático, e deve ser suspeitado nos casos de início súbito em especial quando há sintomas incomuns associados e investigado através de ecografia ou TC abdominal.

Objetivos: Exposição de um caso clínico que destaca a importância de investigação adicional numa diabetes inaugural.

Material e métodos: Pedido de autorização ao utente, recolha de dados do processo clínico, recolha de bibliografia científica relacionada e exposição dos mesmos, com reflexão e discussão crítica.

Resultados e conclusões: Utente do sexo masculino, com 38 anos e sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, recorre à consulta de Medicina Geral e Familiar por instalação insidiosa, nos últimos 2 meses, de quadro de astenia, polidipsia, perda ponderal de 4-5Kg (5% de peso corporal) e mal-estar geral associado a queixas abdominais inespecíficas.

Nos 2 anos anteriores, evidenciaram-se apenas alterações ocasionais de glicemia em jejum, que justificaram

vigilância regular do perfil glicêmico e incentivo a alterações comportamentais. O quadro clínico recente, motivou aprofundamento do estudo, que pôs a descoberto alterações de glicemia em jejum, de HbA1c, PTGO, sendo que os valores do peptídeo C e Anticorpos anti-ilhéus de Langerhans, eram compatíveis com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2;

Na ausência de fatores de risco prévios para esta condição, foi efetuado TC abdominal, para avaliação pancreática, que revelou massa renal à direita, tendo o doente sido submetido a nefrectomia em julho de 2015. O exame histológico foi compatível com carcinoma de células renais claras, sem envolvimento da cápsula. Ficou sob terapêutica anti-diabética oral e consultas regulares de *follow-up* por Urologia

Existe evidência científica que suporta a associação de alguns fatores de risco como a idade, a obesidade, hipertensão e diabetes, com o Carcinoma de Células Renais, nomeadamente na variante de pequenas células claras.

O aparecimento súbito de elementos semiológicos e laboratoriais compatíveis com DM, justifica o esclarecimento do quadro clínico e aprofundamento do estudo diagnóstico. Para além do estudo do órgão primariamente envolvido – o pâncreas – é importante que o clínico possua um elevado grau de suspeição e não perca de vista outros diagnósticos menos óbvios, descritos na literatura, mas menos vulgares na prática clínica diária.

Por fim, este caso suscita dúvidas acerca da relação entre estas duas patologias (DM e Cancro Células Renais): Assentará apenas nos fatores de risco coincidentes (idade e obesidade)? Será a DM a causa ou consequência? Ter-se-ão as duas patologias desenvolvido de forma independente, ainda que simultâneas?

E-POSTER 42

LESÃO TÍBIO-TÁRSICA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Lúis Borges Ferreira; Mariana Paim Carvalho
USF Gama, Centro de Saúde de Torres Vedras

Introdução: Os traumatismos agudos da túbio-társica em crianças em idade escolar são condições patológicas muito frequentes, seja em actividade do foro académico, como a prática de educação física, seja como actividade lúdica, dentro ou fora do ambiente escolar. Todos os anos, são inúmeros os episódios de urgência, nos serviços de Ortopedia, de crianças com entorse recente do tornozelo, e a sua avaliação é habitualmente acompanhada da realização de radiografias, mesmo quando a avaliação clínica é muito pouco suspeita para fractura. Segundo as regras de Ottawa, nos traumatismos de entorse do tornozelo, as radiografias do tornozelo só serão necessárias se houver

dor na região maleolar associada a palpação dolorosa dos 6 cm distais e posteriores do maléolo lateral ou medial ou incapacidade para suportar carga imediatamente e durante a observação clínica.

Caso clínico: Um adolescente de 12 anos, de sexo masculino, é observado nos cuidados de saúde primários 24h após um traumatismo da articulação túbio-társica aquando da prática desportiva de futebol federado. À observação não se objectivava qualquer incapacidade de fazer carga completa, embora com alguma dor associada. Era notório um hematoma pós-traumático, peri-maleolar bilateral, que se estendia até cerca de 4 cm acima dos maléolos. A mobilidade da articulação estava mantida, revelando apenas dor aos movimentos contra-resistência. Foram aplicados os critérios de *Ottawa*, sendo o jovem medicado com anti-inflamatórios não esteroides e gelo local. Foi reavaliado sete dias após o traumatismo, com regressão evidente do hematoma, sem dor associada e com boa capacidade da efectuar carga e mobilizar o pé.

Conclusão: As regras de *Ottawa* permitem excluir, com elevada sensibilidade, o diagnóstico de fractura num grupo de doentes com entorse do tornozelo, apenas com base em critérios clínicos simples e de fácil aplicação, dispensando-se assim a realização de exames radiográficos desnecessários. Estas regras são de aplicação simples e rápida, podendo ser utilizada com alguma segurança nos cuidados de saúde primários, reservando sempre uma reavaliação para o seguimento destes casos.

E-POSTER 43

DE HIPER A HIPO — UM CASO DE TIROIDITE SUBAGUDA

Jonathan dos Santos; Isabel Solha; Catarina Lamego; Ariana Silva; César Rodrigues

USF Terras de Souza, ACeS Vale do Sousa Sul

Introdução: A tiroidite subaguda ou tiroidite de *Quervain* é uma causa pouco frequente de hipertiroidismo, ocorre mais em mulheres jovens adultas e de meia idade, por vezes após um quadro vírico recente (ex: infeção respiratória superior). A clínica consiste em dor cervical (região tiroideia) que agrava ao movimento podendo irradiar para a região posterior, mento e/ou ouvidos. Pode acompanhar-se de sintomas constitucionais (astenia, mialgia, anorexia...). Constitui-se inicialmente um hipertiroidismo que transita para um hipotiroidismo, podendo manter-se ou gradualmente normalizar para um eutiroidismo.

Caso clínico: Mulher, 27 anos, solicitadora, família unitária, *Grassar* classe alta. Antecedentes médicos e cirúrgicos irrelevantes. Contracetivo oral combinado como medicação habitual. Recorre à consulta aberta por uma dor na região anterior do pescoço e otalgia bilateral com 3 semanas de evolução. Sem outros sinais ou sintomas

constitucionais. Sem história de doença recente. Ao exame físico: bom estado geral, apirética, ligeira hiperemia à otoscopia bilateral, tireóide mais volumosa e dolorosa à esquerda e pequenas adenopatias submandibulares, sem outras alterações. Atitude: ibuprofeno 600 mg 2id, estudo analítico e ecografia do pescoço. Estudo analítico: hemograma normal, VS e PCR aumentadas (65 mm e 2,5 mg/dL respectivamente), TSH diminuída (0,037 mUI/L), T4 livre e T3 total aumentadas (1,64 ng/dL e 3,5 ng/mL) e anticorpos antitiroideos normais. Ecografia do pescoço: glândula tiroideia globosa com maior volume à esquerda, ecoestrutura heterogênea com várias áreas hipocogênicas de limites mal definidos e pequenos gânglios de provável natureza reativa. Face aos resultados foi pedida cintigrafia da tireóide: captação global do radiofármaco estimada em 0,3% e limitada ao lobo direito. Novo estudo analítico passadas 8 semanas revelou normalização da VS e PCR (14mm e 0,2 mg/dL), aumento da TSH (6,526 mUI/L) com T3 total e T4 livre normais (1,10 e 0,94 ng/dL). Atitude: iniciou levotiroxina 0,05 mg id, controle da função tiroideia em 8 semanas.

Conclusão: Apesar de pouco frequente, este caso de tireoide subaguda alerta-nos para a importância da avaliação do doente num contexto pós-infeccioso. A dor na região tiroideia é o sintoma característico fazendo-se acompanhar por um hipertiroidismo que transita para hipotiroidismo. A atitude passa por uma vigilância analítica e terapêutica hormonal na fase hipotiroideia. O médico de família tem assim um papel importante na deteção de sinais ou sintomas atípicos, mas característicos, assim como na vigilância analítica posterior.

E-POSTER 44

DEFEITO DO SEPTO ATRIAL — COMUNICAÇÃO INTRA-AURICULAR DO TIPO *OSTIUM SECUNDUM* EM MULHER DE 39 ANOS

Mário João Esteves; Daniela Maia; Maria Luís Xavier; Paulo Gonçalves
Unidade Saúde Familiar do Planalto

Introdução: O defeito do septo atrial (ASD) é uma das anomalias congénitas comuns do coração em seres humanos. As suas complicações dependem do tamanho do defeito e podem se manifestar em qualquer idade. Os sintomas comuns de ASD incluem dispneia e fadiga. A maioria das ASDs está associada a elevada morbilidade e mortalidade, um tratamento precoce, é o melhor para o paciente.

Caso clínico: Mulher de 39 anos que recorre ao Médico de Família (MF) por dispneia e cansaço. Os antecedentes pessoais são depressão e colecistectomia há 11 anos. Medicada com Sertralina 100 mg 1 comprimido (1 comp/dia) e anticoncetivo oral combinado desosgestrel + eti-

nilestradiol 0,15 mg + 0,02 mg 1 comp/dia. Em Agosto de 2016 refere 2 episódios de lipotimia associada a cansaço e palpitações. Exame físico (EF) auscultação cardíaca (AC) rítmica S1 + S2 sem sopros nem extrassons, sem ruídos adventícios (RA); electrocardiograma (ECG) em ritmo sinusal (RS), sem outras alterações; Holter RS com Frequência cardíaca (FC) média de 85 batimentos por minuto (BPM) (mínimo 55 BPM e máximo 154 BPM), dois pares de extrassístoles supraventriculares e 1 extrassístole ventricular isolada, condução aurículo ventricular e interventricular normais, sem alterações da repolarização. Em Dezembro do mesmo ano recorre novamente ao MF referindo cansaço mesmo a andar em plano Classe II *New York Heart Association* (NYHA), tosse e ortopneia mais acentuada há 2 a 3 meses pelo que é referenciada à especialidade de cardiologia. É observada por cardiologia em Abril de 2017 e ao EF peso 79 kg, estatura 162 cm, Pressão arterial (PA) 140/72 mmHg, FC 75 BPM; saturação O2 100 % ar ambiente; AC: rítmica, S2 com desdobramento fixo com sopro sistólico (SS) grau I/VI no bordo esternal externo; Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido simétrico sem RA; ao ECG: RS 75 BPM, eixo QRS adequado, intervalos PQ e QTc normais, sem alterações ST-T; Ecocardiograma Transtoracico (ETT): dilatação das cavidades direitas, associada a comunicação interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS), com dimensões cerca de 14 mm de maior eixo quer superior-inferior quer antero-posterior, com bordos de dimensão adequados (14-18mm), com shunt esquerdo-direito (ED). Ventriculo direito com função longitudinal preservada. Não se observa acentuação da interdependência ventricular durante a diástole. Estima-se Qp/Qs de 1,48 para uma velocidade de saída ventricular direita (RVOT) de cerca 21,5 mm e velocidade de saída ventricular esquerda (LVTO) de aproximadamente 18,5 mm. Ventriculo esquerdo não dilatado nem hipertrofiado com fração de ejeção preservada. Ausência de valvulopatia significativa. Regurgitação tricúspide ligeira permitindo estimar pressão sistólica artéria pulmonar (PSAP) de 50 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD) estimada entre 10 mmHg. Retornos venosos pulmonares e sistémicos aparentemente normais. Cateterismo direito com pressão na artéria pulmonar dentro normal – PSAP/PMAP 31/19 mmHg, debito pulmonar 8,3 ml L/min, debito sistémico 5,8 L/minuto. Qp/Qs 1,42 resistência vascular pulmonar 1,1 Uwood. Em novembro de 2017 faz cateterismo cardíaco eletivo, para encerramento percutâneo de CIA-OS encerrada com ASD Ceramflex 18 mm. Discreto shunt residual junto ao bordo inferior. Ecocardiograma sumário á alta dispositivo *in situ*, bem configurado, sem shunt residual visualizado, sem derrame pericárdico ou pleural, boa função. Após alta fez terapêutica anti-agra-

gante dupla com ácido acetil salicílico (AAS) e clopidogrel durante 1 mês, seguida de 5 meses de anti-agregação com AAS. Neste momento a paciente está assintomática sem queixas clínicas.

Conclusão: Este caso assume, por isso, importância para alertar para este tipo de patologia, CIA-OS, que poderá permanecer assintomática ao longo da vida e que de um momento para outro desencadear sintomatologia, morbidade e mortalidade. Não é uma patologia exclusiva de idades mais jovens e pode até ser diagnosticada em adultos idosos.

E-POSTER 45

DR.! DURMO DE DIA E DE NOITE! — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Moreira Ferreira Gomes; Maria do Rosário Martins
USF Baltar; USF Tâmega

Introdução: A hipersonolência idiopática é uma perturbação do sono definida pela ICSD (*International Classification of Sleep Disorders*).

É uma doença primária do sono, com predomínio entre a segunda e terceira década de vida.

Afeta ambos os géneros, de forma progressiva com consequência negativa no quotidiano do doente.

Caracteriza-se pela incapacidade de um indivíduo se manter acordado e alerta durante os períodos principais de vigília do dia, resultando em episódios de sonolência e lapsos de sono não intencionais.

Pode-se manifestar em situações de risco potencial como no acto de conduzir e em actividades laborais de risco acrescido.

A sua etiologia é desconhecida e o diagnóstico complexo, sendo necessário excluir outras formas de sonolência.

Caso clínico: MFNM, 24 anos de idade, profissão: operário de construção civil.

Tem a primeira consulta na Unidade de Saúde Familiar (USF) a 5/1/2012, com queixas de hipersonolência com cerca de 2 anos de evolução com duração inferior a uma hora, acompanhada de alucinações auditivas, cataplexia parcial. Nega alteração de perturbação de sono durante a noite. Acorda por estímulos externos referindo sensação de bem-estar e melhoria anímica. Refere que a sonolência ocorre também durante a condução, em repouso da actividade laboral, tendo tido um a dois episódios de acidente de viação como consequência dessa hipersonolência.

Foi referenciado a consulta externa de Pneumologia e Neurologia da área de residência. Pedido na USF, electroencefalograma, estudo analítico e Electrocardiograma (ECG que não revelaram, em consulta passado um mês, alterações relevantes.

Teve observação em Consulta de Pneumologia em Junho

de 2012, tendo sido solicitado Polissonografia e teste de latências múltiplas do sono noutra hospital. Tem nova consulta em Abril de 2013, e por não ter realizado exames, é realizado novo pedido desses exames.

Tem nova consulta em 23-12-2013, em que a polissonografia refere aumento dos períodos de sono de ondas lentas (2,9h) e diminuição importante do sono REM (apenas 24 minutos), roncopatia contínua severa de elevada intensidade sonora. O teste de latências múltiplas não cumpre critérios para Narcolepsia, porém revela existência de hipersonolência diurna de severa intensidade. Tem alta desta consulta posteriormente em Junho 2015.

Tem primeira consulta de Neurologia em Maio de 2015, onde é pedido RMN Crânio-encefálica e estudo analítico. É solicitado ao utente registo de calendário de sono até a próxima consulta, além de medidas de higiene do sono e sesta após o almoço. Alertado para riscos de condução e informado de que deve parar de conduzir pelos possíveis riscos envolvidos. Inicia Modafinil em dose de 100mg de manhã.

Tem nova consulta passado um mês, com resultado RMN e analítico sem alterações. Aplicada Escala *Epworth Sono 15*. Traz calendário com registo de vários episódios de sono diurno inclusivé em actividade laboral. Refere sonolência e sensação de cansaço durante acto de condução, parando frequentemente. Não se sente bem com as sestras, refere que piora. Foi aumentado modafinil 100mg 2id. Reforçaram-se recomendações não farmacológicas anteriores.

Tem nova consulta em Setembro de 2015, com melhorias no entanto refere que ainda assim se estiver sentado adormece. Não realiza trabalhos em altura. Mantém medicação. Desde então tem consultas semestrais de vigilância em Neurologia, mantendo a medicação e medidas não-farmacológicas citadas.

Conclusão: As perturbações do sono podem ter um impacto negativo a nível sócio-económico, profissional familiar e pessoal dos doentes sendo vital o seu diagnóstico. A consulta de Medicina Geral e Familiar abrange uma vasta panóplia de patologias. Reveste-se de grande importância, mesmo em contactos esporádicos, a realização de uma anamnese detalhada, permitindo a identificação de patologias menos frequentes, em articulação com as consultas hospitalares, possibilitando um raio de acção mais célere de forma a melhorar a qualidade de vida dos nossos utentes.

E-POSTER 46

Trabalho retirado

E-POSTER 47

DEDOS AZUIS — A PROPÓSITO DE UM CASO!

Débora Alves Fonseca; Ana Costa Cabral

USF Almém D'Ouro

Introdução: A *Blue toe syndrome* consiste no desenvolvimento de coloração azul ou violácea de um ou mais dedos na ausência de trauma óbvio, lesão grave causada por frio ou distúrbios que produzem cianose generalizada. As principais etiologias podem ser divididas em: (1) diminuição do fluxo arterial, (2) perda de fluxo venoso e (3) outras doenças que causem alterações da circulação sanguínea (Crioglobulinemia, paraproteinemia, etc). Um diagnóstico preciso é crítico, porque muitas das causas ameaçam a vida e os membros, mas a história clínica do paciente, acompanhando os achados não-dermatológicos no exame físico e um uso diferenciado de testes laboratoriais são fundamentais na determinação da causa.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, raça caucasiana, casada, 4ª classe de escolaridade, auxiliar de senhora de idade. Antecedentes pessoais de relevo: Excesso de peso (IMC 27), Dislipidemia, perturbação depressiva e perturbação do sono. Nunca fumou. Sem hábitos etílicos ou consumo de drogas de abuso. PNV atualizado, sem alergias medicamentosas conhecidas. Medicada habitualmente com: Duloxetina 60mg id, Atorvastatina 20mg id. Antecedentes familiares de relevo: mãe diabética.

Veio à consulta aberta em dezembro de 2017 por aparecimento de cianose na região do 1º dedo do pé direito com uma semana de evolução, sem história de trauma, tendo sido medicada em contexto de Urgência com Amoxicilina-ácido clavulânico 875 mg/125 mg 3id e diclofenac 100mg/dia. Cinco dias depois exibiu aparecimento súbito de cianose na região ungueal no 3º dedo do pé esquerdo e calcanhar direito, sem história de trauma, motivo pelo qual recorreu à consulta aberta.

Ao exame objetivo apresentava hematoma do 1º. Dedo do pé direito e do 3º. Dedo do pé esquerdo, com dor à palpação, sem aparentes sinais de infeção, sem rubor, nem visíveis sinais de trauma. Pulsos periféricos palpáveis, amplos e simétricos. Restante exame sem alterações.

Foi referenciada para o Serviço de Urgência de Cirurgia Vascular para estudo. Foi realizado AngioTac Toraco-abdomino-pélvico e Ecocardiograma sem alterações, excluindo fonte embólica.

Teve alta diagnosticada com *Blue toe syndrome* de ambos os membros inferiores e medicada com Ácido acetilsalicílico 150mg e Rivaroxabano.

Conclusão: A cianose dos dedos pode ter várias causas desde trauma a doenças do tecido conjuntivo, no entanto, a causa mais comum do *Blue toe syndrome* é a doença ateroembólica ou aneurisma. Assim, os chamados “de-

dos azuis” descrevem um sinal físico que deve ser adequadamente investigado para um diagnóstico preciso. O diagnóstico diferencial desta síndrome é bastante amplo. A história e os achados do exame físico devem ser usados para direcionar a investigação posterior em tais pacientes, se justificado. O primeiro passo na avaliação do paciente é determinar se a causa está associada a hipoxemia ou trauma. Posteriormente, o diagnóstico diferencial pode ser dividido em três categorias: embolia, síndromes que levam à patologia vascular periférica e distúrbios de hipercoagulabilidade adquirida. A ausência de pulsos periféricos é preocupante, podendo levar à suspeita de trombose arterial aguda de doença vascular periférica ou embolia arterial. Se houver suspeita de embolia, o exame ultrassonográfico do coração, aorta e periferia pode ser útil antes da angiografia, a fim de evitar a exacerbação da embolização. O ecocardiograma transesofágico ou a RM podem ser necessários para excluir uma fonte aórtica torácica. Identificar corretamente a etiologia dos “dedos azuis” é essencial para um diagnóstico adequado, bem como na gestão terapêutica do doente e devido seguimento. Portanto, tendo em conta a variedade de etiologia e as possíveis consequências desta síndrome, deve ser feita a correta referência do doente para uma abordagem o mais precocemente possível.

E-POSTER 48

OSTEOPETROSE TARDIA — UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL

Teresa Dias; Marisa Abreu Freire

USF Ria Formosa

Introdução: O termo osteopetrose engloba um grupo heterogêneo de osteopatias hereditárias raras que apresentam como característica comum uma deficiência na reabsorção óssea e consequente aumento da densidade óssea com paradoxal susceptibilidade a fracturas. Clinicamente pode apresentar-se de 3 formas: benigna ou tardia, de transmissão autossómica dominante, diagnosticada em idade adulta, com bom prognóstico; intermédia, de transmissão autossómica recessiva, diagnosticada na infância ou adolescência, com mau prognóstico; e maligna ou osteopetrose congénita, de transmissão autossómica recessiva, com pior prognóstico, cursando com fracturas frequentes, baixa estatura, atraso cognitivo, neuropatias compressivas e nos casos severos falência medular e aumento do risco infeccioso.

O diagnóstico de osteopetrose é fundamentalmente clínico e imagiológico. São sinais radiológicos característicos: esclerose generalizada, ausência de diferenciação cortico-medular com aspecto ‘osso dentro de osso’ e densificação vertebral característica conferindo aspecto vért-

bras em *sandwich*. Os testes genéticos podem ser usados para confirmar o diagnóstico, o subtipo e em diagnóstico pré-natal.

O tratamento é apenas de suporte, não existindo actualmente nenhuma terapêutica médica eficaz. O transplante de células hematopoiéticas pode estar indicado em alguns casos de transmissão recessiva, constituindo a única possibilidade de cura. As cirurgias devem ser executadas por ortopedistas especializados dada a complexidade técnica pela rigidez e fragilidade ósseas.

Caso clínico: Homem de 70 anos, caucasóide, casado, trabalhador do aeroporto reformado, com antecedentes de hipertensão, sem patologia heredofamiliar conhecida, recorreu à consulta por gonalgia de ritmo mecânico, com vários anos de evolução.

Realizou uma radiografia do joelho que relevou densificação óssea, ausência de diferenciação cortico-medular, além de sinais de artrose, sugerindo diagnóstico de osteopetrose.

Na sequência deste achado foi feita história clínica e exame físico dirigidos. Através da elaboração de um genograma o doente referiu história de queixas osteoarticulares na mãe e de deformidade nos joelhos no irmão. O seu único filho já tinha realizado exames radiológicos, não existindo sinal de doença. Quanto aos antecedentes pessoais apurou-se história de osteomielite da mandíbula, negando fracturas. Ao exame físico apresentava deformação em *genu varum*. Numa TAC da coluna lombo-sagrada anterior apresentava corpos vertebrais em *sandwich*. Perante a forte suspeita de osteopetrose foi encaminhado a consulta de ortopedia que confirmou o diagnóstico e no seguimento da gonartrose propôs ao doente realização de artroplastia.

Conclusão: A osteopetrose tardia é frequentemente assintomática, constituindo um diagnóstico radiológico acidental. Quando sintomática pode apresentar fracturas patológicas recorrentes, coxa vara, osteoartrose da anca, escoliose, espondilose e osteomielite (especialmente da mandíbula) na sequência de patologia dentária. Neuropatias compressivas e falência medular são muito raras. Normalmente esperança média de vida não é afectada.

Como medidas preventivas estão recomendados cuidados de saúde oral e vigilância, para evitar complicações como osteomielite. O tratamento cirúrgico pode estar indicado no caso de fracturas com deformidade, alterações do perfil facial, escoliose grave e alterações degenerativas severas. A artroplastia pode ser complicada com fractura iatrogénica na colocação da prótese, risco aumentado de osteomielite e obliteração do canal medular com osso cortical.

Apesar de ser uma patologia rara, perante um doente com este diagnóstico o médico de família deve conhecer a história natural da doença, sinais/sintomas e complicações,

medidas preventivas e tratamento recomendados bem como indicações para estudo genético. Deve também participar no *empowerment* do doente, fornecendo informação cientificamente correta, fomentando participação conjunta na tomada de decisões.

E-POSTER 49

DIABETES MELLITUS E DOENÇA ATEROSCLERÓTICA, UM MAL NUNCA VEM SÓ — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Débora Batista; Elsa Melo; Tiago Castanheiro

USF Eborae

Introdução: Em 2015, pela primeira vez em Portugal, o peso relativo das doenças do aparelho circulatório na mortalidade total situou-se abaixo dos 30%. Todavia, as doenças cardiovasculares ainda continuam a ser a principal causa de morte e a nível da região do Alentejo não é excepção. Para contrariar esta tendência, os cuidados primários de saúde desempenham uma acção fundamental quer a nível da prevenção primária, quer a nível de diagnóstico precoce de doentes com risco cardiovascular elevado (dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, excesso de peso/obesidade).

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 49 anos, leucodérmica, pós-menopausa, condutora de veículo de transporte de passageiros e sedentária. Antecedentes familiares de doença cardiovascular e pessoais de excesso de peso, diabetes mellitus mal controlada, hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Habitualmente falta às consultas agendadas, contudo em Julho de 2017, por medo de padecer de doença cardíaca, recorreu à consulta por angor e cansaço fácil desde há 3-4 meses. Ao exame objectivo auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Restante exame também sem alterações. Pediu-se electrocardiograma com prova de esforço que foi eletrocardiograficamente negativa, mas clinicamente sugestiva de isquemia do miocárdio. Encaminhou-se para consulta de cardiologia, tendo a coronariografia revelado doença coronária dos dois vasos. Da cardiologia foi conduzida para consulta de cirurgia cardiotorácica, onde foi proposta cirurgia de revascularização, concretizada no início de 2018.

Conclusão: A doença coronária aterosclerótica é responsável por um vasto número de mortes. Associado a factores de risco acelera-se consideravelmente a probabilidade do desenvolvimento de aterosclerose e, conseqüentemente, padecer de um evento cardiovascular.

Por um lado, em doentes que como a referida apresentam diabetes, existe uma disfunção endotelial associada a diminuição da tromborresistência endotelial com aumento da actividade plaquetar. Por outro lado, o papel de uma dieta adequada e do exercício físico como formas de pre-

venção de aterosclerose está bem estabelecido. Em relação a doentes do sexo feminino em status pós-menopausa com aterosclerose, a segurança da prescrição de terapêutica hormonal não está bem estabelecida. O prognóstico da doença aterosclerótica depende de outros aspectos a ter em atenção tais como a função ventricular esquerda, a presença/ausência de arritmias, o potencial de revascularização e a adesão à terapêutica. A promoção da adesão terapêutica é fundamental para controlo da tensão arterial, mas também dos valores de glicémia e padrão lipídico, por forma a reduzir a morbidade e mortalidade, mais ainda em doentes com determinadas profissões como o caso apresentado- condutora de veículos de passageiros.

Além de tudo isto, enquadra-se no papel do médico de Medicina Geral e Familiar a educação da população em geral, com campanhas de evicção dos diferentes factores de risco, por forma a diminuir a prevalência e morbimortalidade de doença coronária.

E-POSTER 50

SINTOMAS INESPECÍFICOS NO FUMADOR...

QUANDO (E QUANTO) VALERÁ A PENA INVESTIGAR?

Cristina Pinto de Sousa; Emília Salta; Joana Jesus; Maria Marques da Silva

USF Arco-íris, ACES Amadora

Introdução: O prognóstico da doença oncológica depende da celeridade do diagnóstico e precocidade de instituição do tratamento. A sintomatologia de apresentação, frequentemente inespecífica, constitui um verdadeiro desafio. Os fumadores são o principal grupo de risco para desenvolvimento de cancro, sendo o tabaco responsável por 85 a 90% dos casos de neoplasia maligna do pulmão e cerca de 30% das mortes por cancro em geral.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 61 anos, fumador de 45 UMA, recorreu a consulta de MGF a 28/11/2016 por dorsalgia e lombalgia sem irradiação, com 5 dias de evolução, admitindo-se dor muscular e tratando-se em conformidade. A 30/11/2016, volta por manutenção de dorsalgia, sem lombalgia, apresentando ainda ardor no hipocôndrio esquerdo / região torácica lateral esquerda, constante, sem irradiação, sem alterações cutâneas e sem dor à palpação. A radiografia do tórax não apresentou alterações e, da coluna dorsal, revelou esboços osteofitários.

Recorreu, pelas mesmas queixas, a 19/01/2017, sempre com exame objetivo dirigido sem alterações, inclusive auscultação cardio-pulmonar, e ecografia de partes moles da região torácica lateral esquerda sem alterações. Recorreu outras oito vezes ao longo do mesmo ano, com resposta insuficiente a medicação anti-inflamatória, analgésica, relaxante muscular ou gabapentinoide, referindo

recentemente agravamento noturno e aumento da área alérgica: torácica bilateral, cervical, lombar e braço direito, sendo referenciado a Consulta de Dor.

A 10/11, referiu perda ponderal de 6 kg em 6 meses, sem outras alterações clínicas ou analíticas. Dado quadro arastado, foi pedida TC tóraco-abdominal, que revelou vários nódulos pulmonares milimétricos periféricos difusos, suspeitos de envolvimento secundário; atelectasia do lobo médio por lesão obstrutiva no brônquio segmentar mediano; massa com 4 cm que infiltra o pilar esquerdo do diafragma com aparente origem na suprarrenal esquerda e pequenas lesões osteolíticas em D2, D4, D12, L2 e costelas. A notícia foi comunicada pelo Médico de Família à medida do conhecimento do doente acerca da sua situação e da informação que desejava receber.

Foi referenciado a Cirurgia Geral e a Pneumologia, tendo sido orientado para broncofibroscopia eletiva. Motivado pelas intervenções breves prévias e confrontado com a sua situação clínica, parou de fumar sem dificuldade.

A cintigrafia óssea, realizada no decurso diagnóstico, mostrou lesões líticas na coluna dorso-lombar e de vários arcos costais. O exame histopatológico pós broncofibroscopia veio a revelar “adenocarcinoma cujo perfil imunohistoquímico não permite com segurança determinar a origem da neoplasia”.

Atualmente, sem diagnóstico definitivo, mantém seguimento em Oncologia, Cirurgia Geral, Pneumologia, Consulta de Dor e Psicologia.

Conclusão: A medicina atual continua a debater-se com a problemática do diagnóstico precoce da patologia oncológica. O Médico de Família, muitas vezes o primeiro contacto do doente, assume um papel fundamental, mas defronta-se com as dificuldades inerentes à gestão dos sintomas, muitas vezes inespecíficos. Perante um doente fumador com sintomas persistentes, o índice de suspeição de doença maligna deverá ser naturalmente mais elevado, motivando investigação adicional adequada, caso a caso.

E-POSTER 51

A HISTÓRIA DE PEDRO E O LOBO — UM FINAL TRÁGICO

Tatiana Gonçalves Pereira; Renata da Costa Almeida

UCSP Flgueira Urbana; USF São Julião

Enquadramento: O cancro do pulmão (CP) tornou-se uma epidemia mundial: o risco nos fumadores é cerca de 20 vezes superior ao dos não fumadores, o que nos sugere que estamos perante uma doença altamente evitável. A associação entre DPOC e CP é um tema complexo e controverso, pois partilham o mesmo agente etiológico. Um diagnóstico precoce torna-se peremptório por forma a evitar um mau prognóstico.

Descrição do caso: Homem 68 anos, com antecedentes

de DPOC e tabagismo com 10 UMA (há 30 anos), recorre a 12.11.2017 à consulta no seu centro de saúde com queixas de dispneia acentuada em repouso e tosse seca com 4 meses de evolução. Já tinha ido ao Serviço de Urgência Hospitalar 2 vezes com as mesmas queixas, sendo medicado com broncodilatador, aminofilina e ciclos de corticoide.

À auscultação pulmonar verifica-se uma diminuição franca do murmúrio vesicular bilateralmente, mas mais acentuado à direita, sem ruídos adventícios. Sem outras alterações a nível do Exame físico. Foi-lhe pedido Rx tórax e marcada consulta para o dia seguinte. O Rx tórax revelava “hemitórax direito opaco com desvio contralateral das estruturas mediastinais”. derrame pleural direito volumoso, com desvio, com total apagamento do pulmão direito. Foi encaminhado para o Serviço de Urgência Hospitalar mais próximo, tendo ficado em observação na Medicina Interna para estudo da causa do derrame pleural. Realizou TAC Tórax a 16.11.2017 onde eram descritos “múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares, algumas formando conglomerados...” Realizada broncofibroscopia diagnóstica, com biópsias. Inicia quadro de hemoptises, o que cursou com internamento na Pneumologia, onde esteve cerca de 40 dias. Múltiplas toracocenteses evacuadoras por dispneia com manutenção de dreno torácico. Diagnóstico histológico: Adenocarcinoma do Pulmão – estágio IV. Foi transferido para outro Hospital para ser seguido por Oncologia Pneumológica. À data da realização deste caso, doente mantém seguimento.

Discussão: O mau prognóstico da Neoplasia Pulmão deve-se ao facto do diagnóstico ser tardio, sendo o Derrame Pleural muitas vezes a apresentação inicial. Dada a elevada prevalência desta patologia, revela-se como um problema de saúde pública grave e uma das principais causas de morte evitáveis, nomeadamente nos países industrializados. Durante cerca de 4 meses este paciente recorreu a Cuidados de Saúde Secundários, com desvalorização das suas queixas pelo facto de ser um doente com patologia pulmonar conhecida. O seu Médico de Família, pela proximidade inerente à especialidade com os seus utentes, teve um papel preponderante ao perceber que esta situação era distinta das demais, iniciando o seu encaminhamento.

Desta forma, enquanto Clínicos torna-se importante um olhar atento em todas as situações, com a dúvida diagnóstica sempre presente por forma a evicção do tão provável erro médico.

E-POSTER 52

SINDROME DE *TAKOTSUBO*

Cineyde Barros; Ana Pinto

USF Conde Saude

Introdução: A Cardiomiopatia de *Takotsubo* é uma entidade clínica caracterizada por discinesia grave mas reversível da motilidade das paredes do ventrículo esquerdo, alterações transitórias do segmento ST no electrocardiograma e elevação sérica ligeira dos marcadores de necrose miocárdica, na ausência de doença coronária obstrutiva significativa na angiografia coronária. É, geralmente, despoletada por um stress emocional e/ou físico intenso e afecta predominantemente mulheres que se encontram na fase pós-menopausa. A disfunção ventricular tipicamente reverte, de forma espontânea, num intervalo de dias a meses, tendo um prognóstico favorável e uma baixa taxa de recorrência.

Caso clínico: Senhora de 84 anos, com antecedentes de hérnia do Hiato, HTA controlada, DRGE com episódios de desconforto retroesternal de longa duração. Refere ainda ansiedade elevada devido a doença do marido, dependente dos seus cuidados. Medicação habitual: perindopril, omeprazol e diazepam. Enviada a consulta de Cirurgia por para eventual cirurgia/CPRE eletiva. Da avaliação pré-operatória o ECG revelou padrão de Sobrecarga/isquemia (T negativos simétricos, profundos, em DI, aVL e V2-6), não presentes em exames prévios. O ecocardiograma revelou hipo/acinesia apical com função global conservada, pelo que a senhora foi internada para realização de cateterismo, o qual não revelou alterações significativas. A repetição da ecografia após o internamento já não apresentava alterações.

Conclusão: No caso relatado, a evolução tanto clínica como ecocardiográfica, com resolução da alteração da contração segmentar, confirma o diagnóstico.

E-POSTER 53

O GRANDE IMITADOR — RELATO DE CASO

Maria João Esteves

USF Ria Formosa, ACES Algarve I Central

Enquadramento: Cefaleias e vômitos são motivos de consulta frequentes em pediatria. É importante explorar bem a história clínica e considerar sempre várias hipóteses de diagnóstico perante um sintoma comum. Descreve-se um caso clínico ocorrido no SU de Pediatria durante o mês de Janeiro.

Descrição do caso: Criança de 12 anos que recorre ao SU acompanhada do pai, por quadro de vômitos, cefaleias e palpitações na noite anterior. Refere último vômito há 5h, mas com persistência das cefaleias. Com sintomas semelhantes, de menor severidade no restante agregado

familiar (pais e irmã) e nega febre, diarreia ou outra sintomatologia. Exame objetivo normal à exceção de palidez cutânea e desidratação das mucosas. Posteriormente o pai acrescenta que sentiu cheiro a gás na noite anterior e com má ventilação na habitação. É feita gasimetria arterial que confirma intoxicação por monóxido de carbono e inicia tratamento com oxigenoterapia.

Discussão: O CO é considerado “O grande imitador” pela sintomatologia diversa e inespecífica com que se apresenta, causando dificuldades no seu diagnóstico. O caso exemplifica a importância do contexto epidemiológico da doença, devendo existir alto índice de suspeição nos meses frios, em habitantes de casas mal ventiladas ou com lareiras/braseiras. É importante, mesmo em contexto de cuidados de saúde primários, colocar esta hipótese de diagnóstico.

E-POSTER 54

UM DIAGNÓSTICO QUE FAZ PERDER A FORÇA

Paula Rodrigues; Tiago Tavares; Ana Paula Pinheiro

USF Viseu-Cidade

Enquadramento: Os gliomas representam a maioria dos tumores primários do parênquima cerebral. Dos vários subtipos de tumores cerebrais, encontramos os astrocitomas difusos de grau II, mais comuns em adultos jovens. A presença de lesões expansivas ou a ocorrência de manifestações neurológicas exigem intervenção cirúrgica imediata para diagnóstico e tratamento. No entanto, a opção cirúrgica não é curativa, carecendo de terapia sistémica inicial em praticamente todos os pacientes.

Descrição de caso: Homem de 25 anos, previamente saudável, solteiro e inserido numa família nuclear, funcional, na fase VI do ciclo familiar de Duvall. Recorreu à consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), em janeiro de 2017, com quadro isolado de cefaleia hemcraniana à direita com 6 meses de evolução, associada a parestesia dos membros superiores (MS) e inferiores (MI). Quatro meses antes da recorreu a ortopedista particular, tendo realizado radiografia da coluna cervical que revelou apenas ligeira escoliose. Iniciou fisioterapia por recomendação do ortopedista, sem melhoria. Ao exame neurológico apresentava diminuição da força muscular dos MS e MI à direita, sem alterações da sensibilidade, com desequilíbrio da marcha. Neste contexto, foi solicitada TC-CE, que evidenciou uma imagem sugestiva de lesão expansiva infiltrativa, pelo que foi referenciado ao Serviço de Urgência do hospital de referência. No final do mesmo mês foi submetido a craniotomia suboccipital, com remoção parcial do tumor cerebeloso intra-axial, sem evidência histológica de células tumorais. Por esse motivo, foi novamente submetido a craniotomia suboccipital, que revelou tratar-se

de um astrocitoma difuso de grau II com indicação para radioterapia intensiva. Atualmente, o utente tem recorrido à consulta de MGF para renovação da baixa, mantendo ainda limitação da marcha.

Discussão: A maioria dos astrocitomas não podem ser curados com cirurgia, podendo, contudo, melhorar a sintomatologia e contribuir para uma melhor qualidade de vida, sobretudo se associada a terapia sistémica adicional, como a radio e/ou quimioterapia. Particularmente em utentes jovens, a comunicação de más notícias em situações como a que se descreve neste caso exige da parte do Médico de Família uma perícia na gestão dos receios, angústias e expectativas do utente e da sua família, conferindo suporte emocional e mostrando disponibilidade para a colocação das suas dúvidas sobre a evolução (des)favorável da doença e do doente.

E-POSTER 55

ANÁLISE DOS MODELOS DE GESTÃO DO SNS — BENCHMARKING NA SAÚDE

Mafalda Ferreira da Silva

USF Famílias

Introdução: O *benchmarking* surgiu como uma tentativa de melhoria de práticas empresariais e de alcance de desempenhos superiores. Consiste numa ferramenta de gestão que visa comparar as diferentes estratégias, produtos e resultados de empresas distintas.

Este conceito é já aplicado no sector da saúde através da comparação da performance das diferentes unidades e avaliação do potencial de melhoria, o que facilita a implementação de medidas que permitam melhorar a performance económico-financeira e a qualidade dos cuidados prestados.

Objectivos: Com este projecto pretende-se apurar qual o modelo de gestão (MG) do Sistema Nacional de Saúde (SNS) mais vantajoso do ponto de vista clínico, humano e económico.

Pretende-se também identificar os pontos fortes e fracos de cada modelo existente, no intuito de compreender em que áreas existe potencial de melhoria.

Material e métodos: Através do benchmarking, actualmente utilizado pela Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), comparar-se-á o desempenho dos actuais MG existentes no SNS: Centros Hospitalares (CH), Entidade Pública Empresarial (EPE); Unidades Locais de Saúde (ULS), EPE e Hospitais com Parcerias Público-Privadas (PPP). Serão avaliadas um total de 32 unidades de saúde. Os dados utilizados neste trabalho estão disponibilizados publicamente na plataforma do SNS.

O estudo incide-se em 6 dimensões: Acesso, Desempenho Assistencial, Segurança, Volume e Utilização, Produtividade

de e Económico-Financeira. Os indicadores utilizados para definir cada dimensão serão os mesmos utilizados pela ACSS, apenas serão excluídos aqueles cujos dados disponibilizados não permitam a comparação entre os três MG. Posteriormente, serão classificados os respectivos indicadores de cada dimensão como: Bom (3 pontos), Médio (2 pontos) e Mau (1 ponto). Com isso determinar-se-á qual MG se destaca em cada uma das dimensões.

De forma a concluir qual o MG com melhor desempenho global, serão analisados os resultados por dimensão. Para aquelas dimensões em que o MG seja superior, serão atribuídos 3 pontos; nas dimensões que apresentarem os piores resultados com apenas 1 ponto, a qualidade intermédia será cotada com 2 pontos. Será considerado o melhor modelo, aquele cuja pontuação final seja superior.

Resultados: As ULS mostraram ser superiores em 3 das dimensões avaliadas, acesso, segurança e económico-financeira, mas foram as inferiores nas restantes 3 categorias. As PPP são superiores em termos de desempenho assistencial e produtividade. Por fim, os CH destacaram-se na dimensão volume e utilização.

Conclusão: No *ranking* global de desempenho as PPP mostraram ser o melhor modelo de gestão em vigor actualmente no SNS, seguindo-se das ULS e por último os CH.

Relativamente à dimensão volume e utilização, penso que os indicadores actualmente utilizados pela ACSS não sejam os mais adequados, uma vez que se tratam de procedimentos cirúrgicos muito diferenciados, consequentemente não são realizados pela maioria dos hospitais estudados, o que se traduz numa baixa casuística. Penso que deverão ser incluídos, nesta dimensão, procedimentos cirúrgicos mais simples (hernioplastias, apendicectomia, colecistectomia, entre outros), métodos complementares diagnóstico (ecografia, TAC, endoscopia, colonoscopia, etc.) e tratamentos de medicina física de reabilitação.

Para o futuro, creio que se deva alargar o horizonte temporal da investigação de forma a consolidar os resultados.

E-POSTER 56

AVALIAÇÃO DA CODIFICAÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM IDADE PEDIÁTRICA DOS 5 AOS 18 ANOS — ESTUDO MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Ana Cláudia Magalhães¹; Alexandra C. Azevedo²; Débora Vieira Rodrigues³; João Rodrigues Ribeiro⁴; Jorge da Cunha⁵; Lucélia Campinho⁶; Maria Inês Madureira⁷; Susana Vilar Santos⁸; Zita Lopes⁹

¹UCSP Moimenta da Beira; ²USF Ronfe; ³USF Fafe Sentinela; ⁴USF O Basto; ⁵USF Nós e Vós Saúde; ⁶USF Ribeirão; ⁷USF Duovida; ⁸USF Terras do Ave; ⁹USF Vimaranes

Introdução: Actualmente, a obesidade infantil é considerada a patologia pediátrica mais comum a nível mundial. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013)

recomenda a adoção das curvas padrão de crescimento preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, que abrangem uma população dos 5-19 anos de idade e constituem uma reconstrução da referência de crescimento previamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Considerando a elevada prevalência da obesidade infantil e as consequências negativas a ela associadas, torna-se fundamental uma monitorização atenta da somatometria durante as consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Objetivos: Avaliar e garantir a qualidade da codificação de Obesidade (T82) e Excesso de Peso (T83) nos utentes com idade entre os 5 e os 18 anos. Intervir a nível das diferentes Unidades de Saúde para melhorar procedimentos.

Metodologia: Tipo de estudo: melhoria contínua da qualidade. Dimensão estudada: qualidade técnico-científica. Profissionais: médicos e enfermeiros de 9 Unidades de Saúde. Período de tempo que se avalia: janeiro a julho de 2017. Amostra: todos os utentes que recorreram à consulta de saúde infantil e juvenil com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos, que apresentam percentil de Índice de Massa Corporal ≥ 85 e < 97 e com Índice de Massa Corporal \geq percentil 97, durante o período de estudo, nas Unidades de Saúde. Fonte de dados: programas informáticos SINUS[®] e SClínico[®]. Tratamento de dados: programa Microsoft Excel[®] 2013. Tipo de dados: de processo. Tipo de avaliação: interna. Avaliação temporal: retrospectiva. Critérios de avaliação: Percentagem de crianças com percentil de Índice de Massa Corporal ≥ 85 e < 97 e com codificação Excesso de Peso (T83), e percentagem de crianças com percentil de Índice de Massa Corporal \geq percentil 97 e codificação de Obesidade (T82). Colheita de dados: abril 2017. Tipo de intervenção: educativa. Reavaliação: agosto 2017. Padrão de qualidade: Muito Bom: $\geq 50\%$, Bom: $\geq 30\%$ e $< 50\%$, Suficiente: $\geq 15\%$ e $< 30\%$ e Insuficiente: $< 15\%$.

Intervenção e Medidas Corretoras: Realizar sessão de formação teórica aos médicos e enfermeiros nas respetivas unidades de saúde; Alertar os profissionais na participação ativa da equipa de enfermagem, no sentido de alertarem a equipa médica quando identificarem os utentes com excesso de peso ou obesidade; Elaborar um fundo de ambiente de trabalho, a ser colocado nos computadores das Unidades de Saúde, com uma imagem de referência ao percentil de IMC que define excesso de peso e obesidade em idade pediátrica. Reavaliar posteriormente o trabalho dos profissionais segundo os mesmos registos.

Resultados: Foram incluídos um total de 311 crianças, das quais 48,8% (n=152) com excesso de peso e 51,2% (n=159) com obesidade. Das crianças com excesso de peso, 2% (n=3) foram corretamente codificados. Em relação às crianças com obesidade, 24% (n=38) foram

corretamente codificados. Na segunda avaliação, foram incluídos um total de 330 utentes, dos quais 58% (n=191) com excesso de peso e 42% (n=139) com obesidade. Dos utentes com excesso de peso, 41% (n=78) foram corretamente codificados. Em relação aos utentes com obesidade, 24% (n=33) foram corretamente codificados.

Discussão: Obtiveram-se resultados com padrão de qualidade insuficiente para as crianças com excesso de peso corretamente codificadas, e suficiente para as crianças com obesidade corretamente codificadas, mas com grande potencial de melhoria. A meta traçada pelos autores foi melhorar o diagnóstico e a codificação do registo de excesso de peso e de obesidade, em idade pediátrica. Na avaliação após intervenção verificou-se uma melhoria clara. Os resultados refletem uma melhoria global dos registos

E-POSTER 57

SYNCHRONOUS CAROTID AND CARDIAC SURGERY: A LOW RISK PROCEDURE IN HIGH-RISK PATIENTS

Pedro Antunes Meireles¹; Tony Soares²; Luís Mendes Pedro²

¹Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Clínica Universitária de Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Revisão: As complicações neurológicas mantêm-se como um risco importante para a cirurgia cardíaca e o acidente vascular cerebral (AVC) ocorre em cerca de 2% de todos os procedimentos de revascularização do miocárdio. As causas de AVC pós-operatórias são multifactoriais e ainda não é totalmente compreendido o papel da doença carotídea no aumento do risco da cirurgia cardíaca. Várias estratégias estão a ser efetuadas, sendo a cirurgia cardíaca e carotídea síncrona um procedimento realizado em vários centros mundiais, incluindo o Hospital de Santa Maria, em doentes selecionados com múltiplas co-morbilidades.

Objetivos: (1) Analisar a segurança da cirurgia síncrona, quando efectuada por uma equipa experiente, em doentes de alto risco cirúrgico; (2) Comparar a mortalidade e risco de AVC entre doentes com diferentes graus de estenose, ou que fizeram cirurgia com circulação extracorporeal ou off-pump; (3) Avaliar o Euroscore enquanto método estimativo de prognóstico em doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

Métodos: Um estudo retrospectivo foi conduzido, incluindo dois grupos dum total de 217 doentes submetidos a cirurgia carotídea e cardíaca síncrona, entre os anos 2000-2017 no Hospital de Santa Maria, em Lisboa. A análise estatística foi realizada com recurso a *Fisher test* ou teste do qui-quadrado e *Mann-whitney test*.

Resultados: No total, apenas 1 doente (0.46%) teve um AVC ipsilateral 24 horas após a cirurgia. Quatro doentes (1.84%) sofreram um AVC isquémico ou hemorrágico no hemisfério contralateral ou no cerebelo, sendo a taxa de

mortalidade global de 7.83%. Não foi registada uma diferença estatisticamente significativa na taxa de mortalidade ($p=0.524$) entre doentes com diferentes graus de estenose. Não foi registada uma diferença estatisticamente significativa na taxa de mortalidade ($p=0.521$) entre os doentes que fizeram cirurgia com circulação extracorporeal ou off-pump. Constatou-se um aumento estatisticamente significativo na mortalidade ($p=0.0041$) e no risco de complicações major ($p=0.0006$) com o aumento do Euroscore.

Conclusões: A cirurgia síncrona, efectuada por uma equipa experiente, tem um risco neurológico baixo, mesmo em doentes Euroscores elevados e significativas co-morbilidades. A extensão da doença carotídea entre os grupos estudados não teve influência no resultado cirúrgico.

Palavras-chave: AVC, Estenose carotídea, Cirurgia cardíaca, Cirurgia síncrona.

E-POSTER 58

UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Renata Almeida; Tatiana Pereira; Sara Baptista; Leonor Oliveira; Ana Sofia Bento

USF São Julião; UCSP Figueira da Foz Urbana; USF São Julião; UCSP Montemor-o-Velho; USF São Julião

Introdução: A via subcutânea é uma alternativa à via oral quando esta não se encontra disponível. É muito utilizada em pacientes que necessitam de cuidados paliativos, porém pouco utilizadas noutros doentes. Existem situações nos cuidados de saúde primários em que esta via poderia ser utilizada em benefício do utente.

Objectivos: Rever a literatura existente sobre as vantagens do uso da via subcutânea (SC), e a utilização da via subcutânea nos Cuidados de Saúde Primários

Materiais e métodos: Pesquisa sistemática na literatura de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, utilizando as palavras-chave *Subcutaneous Route* e *Primary Care*.

Resultados: Podem ser usados vários fármacos por via subcutânea, tanto para controlo de sintomas como para hidratação do doente, em situações como: náuseas e vômitos; incapacidade de deglutição; agonia; convulsões; agitação; obstrução intestinal, entre outras.

São diversas as vantagens do uso desta via, que é bastante segura, pouco agressiva eficaz e fácil de utilizar, nomeadamente: utilizar no domicílio pelos profissionais de saúde, próprio doente e cuidadores; usar quando a via oral não está disponível; apresentar menos efeitos secundários que a via endovenosa; não necessitar de heparinização; poucas complicações do seu uso (3%) e útil no paciente com alterações do estado consciência.

Os resultados obtidos da utilização da via subcutânea em

Cuidados de Saúde Primários são escassos.

Discussão: Atendendo às características e vantagens da via SC, esta deveria ser mais utilizada nos Cuidados de Saúde Primários, e não só nos doentes paliativos, poderia ser muito útil em algumas das nossas consultas, como em situações agudas, evitando muitas vezes as idas aos serviços de urgência, situações crónicas, mas sobretudo nos cuidados domiciliares.

Deveria ser realizada uma sensibilização aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários sobre o uso da via SC, de modo a conhecerem os potenciais desta via “inutilizada”, e que tantos benefícios apresenta para o doente, podendo deste modo ser implementada na sua prática clínica.

E-POSTER 59

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO REGISTO DO CONSUMO DE TABACO NOS ADOLESCENTES

Ana Pinto Dias; Ana Sofia Lisboa; Andreia Marques; Catarina Pinto Nogueira; Cláudia Azevedo; Diogo Afonso Ferreira; Fabiana Peixoto
ACES Maia/Valongo: USF Alto da Maia; USF São João de Sobrado; USF Pirâmides; USF Odisseia ACES Gondomar: USF Fânzeres; USF Nascente

Introdução: O consumo de tabaco constitui a principal causa evitável de morbimortalidade, repercutindo-se em custos sociais, económicos e de saúde. Em Portugal, estima-se que o tabaco tenha sido responsável, em 2013, pela morte de cerca de 12000 pessoas. A prevenção do consumo de substâncias, e em particular do tabagismo, deve ser parte integrante das consultas dos adolescentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, está padronizada a avaliação na consulta de comportamentos de risco, tais como o consumo de substâncias nocivas, nomeadamente o tabaco.

Objetivos: Avaliar e melhorar a qualidade dos registos do consumo de tabaco nos adolescentes entre os 10 e os 18 anos, na consulta programada de saúde infantil e juvenil.

Metodologia: Foi realizada uma avaliação interna e retrospectiva do registo médico do consumo de tabaco na Ficha Individual ou no Programa de Planeamento Familiar no programa SClínico® dos adolescentes observados em consulta programada nas cinco Unidades de Saúde Familiar (USF) participantes no estudo. Os dados foram colhidos através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e do processo clínico informático (SClínico®) e organizados em base de dados do programa *Microsoft Office Excel*®. Foi realizada uma avaliação inicial referente às consultas realizadas nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2017. Foi realizada uma intervenção junto dos profissionais médicos, em foram

apresentados os resultados obtidos na primeira avaliação, entregues recordatórios e enviados e-mails de sensibilização periódicos, visando incentivar o registo do consumo tabágico nesta faixa etária. A avaliação pós-intervenção foi relativa aos meses de agosto, setembro e outubro de 2017. Definiu-se o seguinte padrão de qualidade: insuficiente <20%, suficiente 20-50%, bom 51-70% e muito bom >70%. A análise comparativa dos dados foi efetuada utilizando o teste Qui-quadrado. Foi obtida autorização pela Comissão de Ética da ARS Norte para a realização do trabalho.

Resultados: Foram avaliados 684 registos prévios à intervenção, tendo uma USF atingido o padrão de qualidade bom (54,9% dos adolescentes com registo) e quatro USF o padrão de qualidade suficiente (registo entre 24,3 e 44,5%). Na avaliação pós-intervenção foram avaliados 968 registos, tendo sido obtida uma melhoria do registo do consumo de tabaco estatisticamente significativa em quatro USF (duas atingindo o padrão de qualidade muito bom – registo em 84,4% e 83,8% dos adolescentes, uma o padrão de qualidade bom – registo em 64,5% e uma o padrão suficiente (48,7% de registos). Em uma USF não se registou uma melhoria significativa, mantendo-se no padrão de qualidade suficiente (31,7%).

Discussão: Após a intervenção verificou-se um aumento do registo do consumo de tabaco em quatro USF, com melhoria do padrão de qualidade em 3 USF. Estratégias simples de intervenção parecem melhorar significativamente a qualidade dos registos efetuados, aumentando a sensibilidade dos médicos para esta problemática e promovendo uma melhoria dos cuidados de saúde. É importante estudar os problemas que dificultaram a melhoria da qualidade dos registos, criando estratégias que permitam a sua resolução, mantendo intervenções que permitam o atingimento do nível de qualidade muito bom em todas as USF.

E-POSTER 60

O SILÊNCIO DE UM TUMOR ORAL

Inês Gui Proença; Carolina Tojal Rebelo; Helena Leal
USF Espaço Saúde

Introdução: O Cancro da Cavidade Oral é o 6º tipo de cancro mais frequente no mundo, sendo o Carcinoma Espinocelular a neoplasia mais comum. Afeta maioritariamente homens acima dos 45 anos e o seu desenvolvimento está fortemente relacionado com o tabagismo e etilismo.

Em Portugal é a 5ª causa de morte por cancro, estando associado a elevados índices de mortalidade que se deve, em grande parte, ao seu diagnóstico tardio. A chave para o seu tratamento é um diagnóstico atempado e intervenção precoce, sendo o Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO) fundamental neste processo. Neste

sentido, o Médico de família tem um papel fundamental na integração de utentes de elevado risco neste programa.

Caso clínico: Sexo masculino, 52 anos, sem antecedentes médico cirúrgicos de relevo, sem medicação habitual, fumador de 40 unidades-maço-ano (UMA) e abuso crónico do álcool. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação cervical a esquerda com 3 meses de evolução e hemorragia oral, sem perda ponderal. Ao exame objetivo apresentava uma lesão infiltrativa da língua no seu bordo esquerdo de cerca de 5 cm de diâmetro e adenopatias cervicais bilaterais, a mais exuberante à esquerda com cerca de 3 cm. Foi realizada endoscopia digestiva alta (sem alterações) e ecografia do pescoço que revelou glândula submandibular globosa de provável natureza reativa, não se podendo excluir nos planos profundos presença de coleções organizadas. Foi referenciado posteriormente para consulta de Cirurgia Maxilo-Facial onde realizou TAC do pescoço que revelou lesão infiltrativa centrada no bordo esquerdo da língua com extensão profunda com invasão do pavimento da cavidade oral e do revestimento do sulco glossoamigdalino associada a formações ganglionares “suspeitas” nos níveis IIA esquerdo e IIIA bilateralmente. Foi então submetido a biópsia excisional. Histologicamente observou-se retalho de mucosa da língua compatível com carcinoma epidermoide com queratinização. Foi posteriormente proposto para consulta de grupo multidisciplinar com diagnóstico de Carcinoma da língua cT3N2cM0, onde realizou tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

Discussão/conclusão: O Carcinoma Espinocelular representa cerca de 90 % de todos os tumores da cavidade oral, afetando predominantemente a língua. O fumo do tabaco está diretamente relacionado com alteração da mucosa oral e tem efeito carcinogénico direto nas células epiteliais, sendo um dos principais fatores de risco, para além do etilismo.

A maioria das lesões na sua fase inicial são indolores, o que infelizmente leva ao diagnóstico da doença em estádios avançados (III ou IV), com uma taxa de sobrevivência em 5 anos de menos de 50%. A sua apresentação clínica é variável, e é mandatória a inspeção da cavidade oral, incluindo sempre região cervical, assim como realização de biópsia para o seu diagnóstico.

O rastreio oportunístico em utentes de elevado risco deve ser realizado pelo Médico de Família de 2-2 anos através do PIPCO, o qual, tem como objetivo aumentar a sobrevivência por cancro oral aos 5 anos após o diagnóstico de cancro oral nos indivíduos pertencentes ao grupo de maior risco permitindo, desta forma, a referenciação atempada para médico aderente credenciado.

E-POSTER 61

PSORÍASE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro
UCSP Guarda

Introdução e objetivos: A psoríase atinge 1,8% dos adultos em Portugal. Caracteriza-se como uma dermatose inflamatória crónica de etiologia desconhecida, com períodos de recorrência e de remissão. O diagnóstico é clínico. A forma mais frequente é a psoríase vulgar em placas. Este trabalho pretende rever a evidência disponível sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico da psoríase e o papel dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Metodologia: Foi efetuada uma pesquisa nas fontes online de medicina baseada na evidência, nos últimos 10 anos, utilizando-se os termos *Psoriasis, Approach, Treatment, Prognostic, Quality of Life* e *Primary Care*.

Resultados: Nos casos clínicos com índices de gravidade *Psoriasis Area Severity Index (PASI) ≥ 10*, *Body Surface Area (BSA) ≥ 10%* e *Dermatology Life Quality Index (DLQI) ≥ 10*, em que existem dúvidas no diagnóstico, resposta inadequada à terapêutica, envolvimento de áreas de difícil tratamento e de doença moderada a grave e recalcitrante, a referenciação aos cuidados de saúde secundários (CSS) é mandatória.

Ao nível dos CSP, o tratamento assenta essencialmente no uso de agentes tópicos. Nas formas clínicas ligeiras de psoríase em placas, os corticóides, os análogos da vitamina D e os retinóides apresentam força de recomendação A (FR A) e nível de evidência I (NE I). As associações de corticóides e ácido salicílico ou corticóides e análogos da vitamina D apresentam ainda maior efeito terapêutico (FR A e NE I). A utilização de tacrolimus, pimecrolimus e os derivados do alcatrão apresentam FR B e NE II. O tratamento adjuvante com emolientes e queratolíticos é fundamental.

Discussão e conclusões: A psoríase associa-se a múltiplas comorbilidades; desta forma, a sua deteção e tratamento precoces são fundamentais, pelo que o Médico de Família (MF) tem um papel essencial na sua abordagem inicial. O tratamento depende do grau de severidade da doença e as formas moderadas a graves devem ser prontamente referenciadas a consulta de Dermatologia.

É uma dermatose que acarreta estigma social e impacto na qualidade de vida dos utentes, devendo o MF estar preparado para a sua abordagem holística e orientação multidisciplinar.

E-POSTER 62

REFERENCIAÇÃO DOS CSP A UM DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO INTERIOR DE PORTUGAL

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro

UCSP Guarda

Introdução: De acordo com o relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS): “Programa Nacional para a Saúde Mental 2017”, as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa. Ainda segundo esta fonte, as perturbações psiquiátricas e da ansiedade são as patologias psiquiátricas mais vezes codificadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A maioria das situações problemáticas apresenta-se numa fase inicial, cabendo ao Médico de Família (MF) fazer a avaliação inicial do utente e decidir quanto à necessidade de referência aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS).

Uma boa comunicação entre os CSP e os CSS é essencial no sentido de melhorar a prestação de cuidados. Permite também uma melhor gestão das listas de espera, evitando a duplicação de cuidados prestados. A qualidade da informação transmitida na referência tem sido apontada como causa da dificuldade na comunicação.

Objetivos: Caracterizar as referências efetuadas pelos CSP à consulta de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, durante o ano de 2017 e avaliar a comunicação entre os dois níveis de cuidados.

Material e métodos: Tipo de estudo: Estudo observacional descritivo.

Amostra: constituída por todas as referências provenientes dos CSP, via ALERT P1® à consulta externa do DPSM da ULS da Guarda, de 01/01/2017 a 31/12/2017. Foram excluídas as referências de outras especialidades médicas e as referências cujas marcações ainda se encontravam em agendamento.

Variáveis estudadas: idade, sexo, motivo de referência, prioridade de referência, prioridade atribuída pelo triador, motivo de recusa do pedido, tempo de espera e qualidade da referência.

O motivo de referência foi codificado de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários - 2ª edição (ICPC-2) e realizada sempre pelo mesmo investigador. A qualidade da referência foi classificada como “Boa”, “Aceitável” ou “Má”, de acordo com as recomendações de Irazábal e Gutiérrez e também sempre pelo mesmo investigador.

As estatísticas descritivas foram realizadas com o programa *Microsoft Excel*® 2010.

Resultados: Durante o período de janeiro de 2017 a de-

zembro do mesmo ano registaram-se um total de 420 referências ao DPSM da ULS da Guarda. Destas, foram incluídas 163 respeitantes às referências dos CSP e excluídas 225 por se tratarem de referências feitas por outras especialidades e 32 por se encontrarem ainda em agendamento.

A maioria das referências foi de utentes do sexo feminino (64,4%) e o grupo etário predominante foi dos 35 aos 39 anos de idade.

O motivo mais referenciado foi “Perturbação depressiva” (P76), com 37,3% de frequência, seguido de “Distúrbio ansioso/estado de ansiedade” (P74), com 11,4%. De todos os pedidos, 11,7% foram considerados urgentes pelo MF mas destes, apenas 5,5% foram considerados prioritários pelo triador. Por outro lado, 2,5% das referências consideradas normais pelo MF, foram triadas como prioritárias. O tempo médio de agendamento das consultas foi de 83 dias e para as consultas prioritárias 64 dias. No que respeita à qualidade da referência, a maioria foi considerada aceitável (42,3%). Cerca de 32% das referências foi considerada “má”, no entanto, apesar deste valor, nenhuma foi devolvida.

Discussão e Conclusões: Os resultados do estudo evidenciam a importância da melhoria da qualidade da referência nesta área. O MF deve ter em conta que a referência é uma via essencial de comunicação, pois dela depende a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, é imperiosa a necessidade de definir e implementar critérios de referência específicos e consensuais em Portugal que possibilitem uma melhoria da comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários no âmbito da Saúde Mental. De igual modo, também os profissionais de saúde dos cuidados hospitalares deverão ser sensibilizados para a importância do envio de informação de retorno.

E-POSTER 63

AValiação DOS RESULTADOS DA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA DA UCSP DA GUARDA, CASUÍSTICA DE 3 ANOS

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro

UCSP Guarda

Introdução: O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de morbi-mortalidade em todo o Mundo. O investimento na cessação tabágica constitui uma das medidas de melhor relação custo-eficácia para a obtenção de melhorias nos indicadores relacionados com o consumo de tabaco¹. Em fevereiro de 2014 foi criada a Consulta de Cessação Tabágica da UCSP da Guarda, efetuada por uma equipa multidisciplinar: médico, enfermeiro e psicólogo. Esta consulta, que se realiza com uma perio-

cidade semanal é dirigida a todos os utentes inscritos na UCSP depois de referenciados pelo Médico de Família (MF), com os critérios definidos para a inclusão nesta consulta. Esta consulta segue o protocolo estabelecido pela Administração Regional de Saúde do Centro, que se baseia num programa estruturado de consultas de apoio intensivo (com um processo clínico específico com ficha de primeira consulta e consultas de seguimento), contactos telefónicos (dia D e 6 meses após), complementadas por uma prescrição farmacológica personalizada (se necessário).

Objetivos: Caracterizar a consulta de cessação tabágica e a sua taxa de sucesso, num período de 3 anos, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Guarda e avaliar a taxa de abstinência entre pacientes fumadores.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. A colheita de dados baseou-se nos elementos registados no SClinico®. Foram estudados 106 utentes fumadores, correspondendo às primeiras consultas de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017. Utilizou-se uma versão abreviada do Teste de Fangerström para avaliar a dependência da nicotina e o Teste de Richmond para determinar a motivação para deixar de fumar.

Resultados: Os fumadores estudados distribuem-se equitativamente pelos dois sexos e têm uma idade média de 44,0 anos e a maioria exerce uma profissão. A idade média de início de consumo regular de tabaco foi de 16,9 anos e o consumo médio de 21,5 cigarros/dia. O nível médio de dependência de nicotina apresentado pelos fumadores foi moderado (3,2) e a pontuação média obtida no Teste de Motivação de Richmond foi de 8,6, não existindo uma diferença significativa quanto ao sexo para estas duas variáveis. As principais razões apontadas para deixar de fumar foram “motivos de saúde” e o “medo das doenças associadas ao tabaco”. Em 93% dos utentes foi prescrita terapêutica farmacológica para auxiliar na cessação tabágica. As taxas de abstinência aos 3, 6 e 12 meses foram respetivamente 17,1%, 11,5% e 5,8%.

Discussão e conclusões: São poucos os estudos nacionais e internacionais a nível dos Cuidados de Saúde Primários a avaliar as taxas de abstinência aos 12 meses de consulta intensiva. Rebelo (2008)¹ obteve taxas de abstinência aos 12 meses de 24% para consultas de apoio intensivo; Grandes et al (2003)² nos cuidados de saúde primários do serviço de saúde Basco obteve taxas de cessação tabágica aos 12 meses de 22% para consultas de apoio intensivo.

A taxa de sucesso aos 12 meses na UCSP da Guarda foi muito baixa, o que se deve em grande parte ao abandono da consulta por parte dos utentes. Uma maneira de ultrapassar esta limitação seria o contacto telefónico com o

utente e a confirmação do seu estado de fumador/abstinência. Por outro lado, os internos de MGF poderiam ter, na área da Cessação Tabágica, um papel importante na prestação de cuidados de saúde, promovendo um maior dinamismo da consulta enquanto simultaneamente desenvolviam competências práticas de entrevista motivacional fundamentais para o sucesso desta atividade.

E-POSTER 64

VACINAÇÃO DAS GRÁVIDAS NA PREVENÇÃO DA TOSSE CONVULSA EM LACTENTES — AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UMA UCSP

Sónia Corujo; Patrícia Neto Oliveira; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda – ULS Guarda

Introdução: Nos últimos anos assistiu-se a um aumento significativo de casos de tosse convulsa nos países desenvolvidos. Implementaram-se novas estratégias com o objetivo prioritário de reduzir a carga da doença em lactentes de idade inferior a 2 meses, o grupo etário com doença mais grave e maior letalidade. De entre estas, a vacinação da grávida no último trimestre de gestação demonstrou ser a de maior efectividade.

Objetivos: Avaliar e melhorar a cobertura vacinal da vacina combinada contra a tosse convulsa (Tdpa) numa UCSP, tendo como referência a NOC 002/2016.

Material e métodos: Como? Avaliação retrospectiva, integrando um circuito de avaliação e melhoria da qualidade. Onde? UCSP- Guarda

Quem? População em estudo, de base institucional: Mulheres grávidas entre as 20 e as 36 semanas de gestação incluídas nos ficheiros de 12 médicos da UCSP-Guarda. Critérios de exclusão: mulheres com gestação superior a 36 semanas

Quando? Avaliação entre 1 de Novembro de 2016 e 31 de Janeiro de 2017; Reavaliação entre 1 Março e 31 de Maio de 2017.

O quê? Dados do registo vacinal (SINUS®, SClinico®, MIM@UF) da população seleccionada.

Métodos de avaliação foram aplicados os critérios explícitos normativos (Norma da DGS 002/2016 - Vacinação da grávida contra a tosse convulsa). Posteriormente procedeu-se à intervenção do tipo educacional sob a forma de distribuição de folhetos de bolso e pósteres para fomentar a importância da vacinação durante a gestação.

Resultados: Na avaliação inicial no total de 205 grávidas com idades compreendidas entre os 16 e 42 anos de idade. Destas 60% utentes encontravam-se com < 20 semanas; 29.7% entre as 20 e 36 semanas e 1.2% com > 36 semanas. Do total das 29.7% utentes abrangidas pelas NOC 002/16, 44.2% apresentavam registo de vacinal de tosse convulsa.

Na reavaliação foram incluídas 174 grávidas com idades entre os 16 e 42 anos de idade. Destas 12.6% encontravam-se com 20 semanas; 76.4% entre as 20 e 36 semanas e 10.9% com > 36 semanas. Das 76.4% gestantes abrangidas pela NOC, após a intervenção 97% aderiram à vacina da tosse convulsa.

Conclusão: Os resultados obtidos corroboram o impacto positivo da intervenção efectuada e reforçam a necessidade de sensibilização prematura da grávida para a prevenção da tosse convulsa nos lactentes nos primeiros meses de vida. A aplicação contínua destas medidas favorecerá o aumento da cobertura vacinal da tosse convulsa com reflexo na redução da carga de doença, gravidade e letalidade dos lactentes com menos de 2 meses.

E-POSTER 65

HIDRADENITE SUPURATIVA — DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA

Sónia Corujo; Patrícia Neto Oliveira; Catarina Monteiro; Carlos Monteiro; Fátima Cabral

UCSP da Guarda, ULS Guarda

Introdução: A hidradenite supurativa (HS) ou acne inversa é uma doença supurativa crónica, que afeta as zonas da pele ricas em glândulas sudoríparas apócrinas, em particular, as axilas, virilhas e regiões anogenital e inframamária. É atualmente, considerada uma doença inflamatória devida à oclusão dos folículos pilosebáceos, com posterior rotura e libertação na derme de queratina e bactérias. Secundariamente, o processo inflamatório, estende-se às glândulas apócrinas vizinhas. As bactérias atuam como colonizadores secundários, causando exacerbação da doença. Manifesta-se, inicialmente, por nódulos inflamatórios (furúnculo-like) e abscessos assépticos, dolorosos e recorrentes, progredindo para supuração, trajetos fistulosos e fibrose. Existem vários fatores de risco identificados: genéticos, hiperandrogenismo, obesidade e tabagismo, embora o seu papel ainda não esteja estabelecido. Estima-se que afete entre 1 - 4% da população europeia, predominantemente mulheres, num ratio de 3:1, com pico de incidência entre os 20-40 anos, podendo na mulher, resolver após a menopausa.

Objetivos: Descrever uma abordagem prática e global da Hidradenite Supurativa útil no contexto de cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Revisão da literatura com pesquisa bases de dados bibliográficas PubMed/MEDLINE/UpToDate. Foram incluídos artigos originais, artigos de revisão e meta-análises, escritos em língua inglesa e português.

Resultados: A HS classifica-se em 3 estádios diferentes de acordo com a clinica subjacente. O Estádio I de Hurley caracteriza-se pela presença de um ou mais nódulos/ab-

cessos, sem fibrose ou cicatrizes; no Estádio II verifica-se a presença de abscessos recorrentes, fístulas e cicatrizes enquanto no Estádio III já ocorre envolvimento difuso da região, com múltiplos nódulos, abscessos, ulcerações, trajetos fistulosos interligados e cicatrizes extensas. O diagnóstico diferencial (DD) da HS é extenso, no entanto a diferenciação faz-se com base na aparência e localização das lesões, idade do doente, com ausência de febre e de achados laboratoriais específicos. Desta forma, é importante ponderar no DD: Furúnculos e Abscessos; Quisto epidérmico inflamado; Doença de Crohn; Tuberculose. Relativamente ao tratamento, este assenta sobre medidas gerais transversais aos diferentes estádios: Controlo obesidade e diabetes; Cessação tabágica; higiene com gel antiséptico e uso de antitranspirante. Do ponto de vista terapêutico no Estádio I preconiza-se o uso de corticóides intralesionais e sistémicos em ciclos curtos em caso de inflamação severa associado a ATB oral em esquema mono ou combinado; Introdução de acitretina/ isotretinoína e/ ou antiandrogénios orais. Relativamente ao tratamento Cirúrgico este consiste na incisão e drenagem de abscessos agudos e excisão de nódulos fibróticos. O Estádio II e III assenta na terapêutica sistémica do estádio I associada a imunossuppressores sistémicos. O tratamento Cirúrgico implica cirurgias mais abrangentes com cicatrizações por 2º intenção.

Conclusão: A HS, com a sua evolução crónica e recidivante, com complicações ao longo dos anos. Tem um profundo impacto na qualidade de vida dos doentes e uma obstinada refratariedade às tentativas para o minimizar, representando um exigente desafio para os médicos, a nível do tratamento e da relação médico-doente. O diagnóstico precoce e o tratamento atempado minimizam o risco de complicações e a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

E-POSTER 66

TUMEFAÇÃO CERVICAL — UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Inês Pintalhão; Ana Menezes; Ana Calafate

USF Garcia de Orta

Introdução: As tumefações cervicais são um motivo frequente de consulta em Cuidados de Saúde Primários. Sendo comuns em idade pediátrica, nos adultos o seu diagnóstico diferencial pode constituir um verdadeiro desafio, pelo grande espectro de patologias que podem estar envolvidas.

Objetivos: Descrição de caso clínico que foca a importância da abordagem de uma tumefação cervical de forma concisa e completa.

Descrição do caso: Mulher, 60 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, Bócio Multinodular Tóxico e Melanoma

na região submandibular direita (2003). Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Família Nuclear. Classe IV Graffar. Em Consulta Aberta refere aparecimento de tumefação cervical direita, não dolorosa com 5 dias de evolução. Sem outros sintomas. À observação, apresentava tumefação de limites bem definidos, com cerca de 2cm diâmetro, de consistência elástica e superfície regular, não aderente aos planos profundos e indolor à palpação. Sem outras alterações ao exame objetivo. A ecografia revelou uma formação ovóide de 2.5cm de maior diâmetro, sólida e vascularizada, sugerindo Tumor Misto da Parótida. Pediu-se estudo histológico que não foi conclusivo na amostra colhida, com indicação para exérese cirúrgica da lesão para melhor caracterização. Encaminhada para o IPO do Porto, realizou TAC cervical que confirmou uma formação nodular homogênea com 2cm, adjacente a um gânglio jugular interno indissociável da cauda parotídea direita, com maior probabilidade de se tratar de uma adenopatia, ao invés de uma lesão com ponto de partida na glândula parótida”. Três semanas depois, refere início súbito de cefaleias muito intensas, refratárias a tratamento analgésico pelo que recorreu ao Serviço de Urgência. Realizou TAC-CE que demonstrou uma volumosa lesão hemorrágica aguda cortico-subcortical frontal direita, com porção anterior hipodensa de aspeto quístico, sugerindo tratar-se de metástase hemorrágica com rotura e propagação para o sistema ventricular condicionando apagamento dos sulcos corticais e herniação subfacial. Para complementar o estudo etiológico deste quadro agudo realizou punção do gânglio adjacente à massa cervical cujo resultado apresentou células malignas, predominantemente fusocelulares, com características de melanoma maligno, compatível com metástase da neoplasia diagnosticada no passado, e em remissão desde 2003. Foi programada craniotomia urgente pela Neurocirurgia para exérese da lesão frontal direita e o prognóstico é reservado.

Discussão/conclusão: O ponto-chave da avaliação de uma tumefação cervical baseia-se na realização de uma história clínica completa e num exame físico exaustivo. Um elevado índice de suspeição clínico é necessário para que a abordagem às adenopatias não deixe escapar apresentações atípicas. O melanoma maligno é um cancro muito agressivo, pelo seu padrão de alto potencial metastático tardio. O seu curso clínico caracteriza-se por recorrências locais e metastização ganglionar e à distância, condicionando mau prognóstico.

E-POSTER 67

PNEUMONIA INTERSTICIAL NÃO ESPECÍFICA

Vera Segura; Pedro Costa; Pedro Gonçalves; Rebeca Prieto
Centro de Saúde de Elvas; Hospital de Portalegre

Introdução: A pneumonia intersticial não específica (PINE) é a segunda pneumonia intersticial idiopática mais comum. Caracteriza-se por inflamação do tecido pulmonar e/ou fibrose de distribuição homogênea. A maioria dos pacientes tem entre 40 e 50 anos de idade e não tem causa ou associação conhecida. O diagnóstico deve ser considerado em utentes com dispneia e tosse subaguda ou crônica inexplicável e requer TC torácica com cortes de alta resolução e biopsia pulmonar. A maioria dos pacientes responde bem ao tratamento com corticoides e imunossuppressores. A estimativa da mortalidade geral em 10 anos é < 15 a 20%.

Caso clínico: JMCO, sexo masculino, 58 anos de idade, casado, com AP: HTA, DMNID, Hipercolesterolemia, Síndrome Depressiva, Obesidade, Nefrolitíase, Fumador com carga tabágica 40 UMA. Medicação habitual: Omeprazol 20 mg, Amlodipina + Valsartan 5 mg/160 mg, Metformina 850 mg, Sinvastatina 20 mg, Lorazepam 2,5 mg, Venlafaxina 75 mg, Mirtazapina 45 mg. Antecedentes de diversas exposições profissionais durante 35 anos (contacto com pombos, condutor de ceifeiras, operário em serralharria, pintor de construção civil). Sem AF de relevo.

Em Maio de 2017 foi referenciado pelo MF para a consulta de Pneumologia com Ds: Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), diagnosticado na clínica privada em Badajoz, com proposta de iniciar o tratamento com Pirfenidona. Tem seguimento particular nesta clínica e em Dezembro de 2016 por lombalgia à esquerda fez lá TC. O relatório sugeriu os diagnósticos de Nefrolitíase e FPI. Realizou também broncoscopia, o lavado brônquico evidenciou “células ciliadas, alguns macrófagos, escassos linfócitos”. Não efetuou lavagem bronco-alveolar, nem biopsia pulmonar.

Na consulta de Pneumologia do HDJMG (Maio de 2017) apresentou queixas de tosse não produtiva e dispneia de esforço desde Outubro de 2016. Foram pedidos hemograma, bioquímica, doseamento de ECA, estudo de alergias e estudo imunológico – sem alterações. TC torácica com cortes de alta resolução: padrão reticular subpleural de predomínio basal e áreas em vidro despolido. Estudo funcional respiratório e gasometria arterial: alteração ventilatória restritiva moderada (CPT 62,1% pred), diminuição da difusão alvéolo-capilar (DLCO SB 62,5% pred), condicionando diminuição ligeira da PO2 em repouso, ar ambiente – 73 mmHg. Ecocardiograma: ausência de HTAP ou outra patologia.

Posteriormente no Hospital de Pulido Valente realizou broncoscopia e técnicas subsidiárias: lavado bronco-al-

veolar: “contagem diferencial de células com predomínio de macrófagos (82%)”, criobiópsia pulmonar transbrônquica com estudo histológico: “ausência de focos de hiperplasia fibroblástica, as alterações observadas não apresentam critérios histológicos para o diagnóstico de FPI, podem ser enquadráveis em PINE, padrão fibrosante”. O utente iniciou tratamento com Deflazocort 60 mg/dia com eventual posterior adição azatioprina. Foi explicada a importância de abstinência tabágica

Conclusão: Apesar da pequena incidência no contexto global das consultas de MGF, a PINE deve fazer parte dum conjunto de diagnósticos possíveis no estudo de lesões pulmonares, especialmente em doentes jovens e/ou portadores das Doenças do Tecido Conjuntivo, fumadores.

O MF tem um papel importante na referenciação atempada destes utentes para a consulta de Pneumologia.

O caso apresentado reforça a importância da correta avaliação clínica/diagnóstica e abordagem terapêutica.

O diagnóstico precoce com tratamento adequado melhoram significativamente o prognóstico de doente com PINE.

E-POSTER 68

BELEZA... ATÉ QUE CUSTO?!

Andreia Abreu Fernandes

USF Lauroé

Introdução/objetivo: A radiação solar é fonte de benefícios para a saúde humana, no entanto, a excessiva exposição é nociva e provoca fotoenvelhecimento. De entre as patologias associadas à exposição solar, destacam-se as neoplasias cutâneas.

O risco de cancro de pele provocado por fontes de radiação artificial tem sido discutido na comunidade científica, mas não foi alvo de pesquisas detalhadas. As lâmpadas ultravioleta (UV) são cada vez mais utilizadas em gabinetes estéticos, emitindo radiação UV artificial, UVA. Estima-se que mais de 87% destes gabinetes utilizam este tipo de radiação.

O aparecimento de carcinoma de células escamosas na face dorsal das mãos, em duas mulheres sem história de cancro de pele, após exposição de radiação UVA, gerou alguma preocupação quanto à sua segurança.

Esta revisão tem como objetivo esclarecer se há evidência do efeito carcinogénico associado a esta radiação UVA.

Metodologia: Pesquisa de artigos de revisão e metanálise, entre fevereiro e março de 2017, publicados nos últimos 10 anos, em humanos, nas línguas de português, inglês e espanhol nos motores de busca MEDLINE®/PubMed®, Cochrane, Google Scholar e UpToDate, utilizando os termos Mesh Hand, Ultraviolet Rays, Nails e Skin Neoplasms.

Resultados: Foram encontrados 7 artigos que cumpriam os critérios de inclusão.

Os estudos concluíram que a exposição de radiação UV das lâmpadas para as unhas não demonstra aumento significativo no risco de desenvolver cancro da pele. Os artigos indicam que, dezenas ou centenas de milhares de mulheres precisariam estar expostas regularmente para que uma desenvolvesse cancro de células escamosas na face dorsal das mãos como consequência direta. Inclusive um dos estudos prova ser necessário 250 anos de exposição semanal a estas lâmpadas para alcançar a mesma dose de radiação que aquela utilizada no tratamento com radiação UVB.

O relato de dois casos de carcinoma de células escamosas na face dorsal da mão, no seguimento de exposição de radiação UV pelas lâmpadas, concluía ser este o fator de risco para o desenvolvimento do cancro, porém os cálculos de irradiação espectral vieram provar a segurança desses dispositivos.

Discussão: Os dados sugerem que mesmo com numerosas exposições, o risco de carcinogénese pela exposição das lâmpadas UVA permanece pequeno.

Dermatologistas e médicos dos cuidados de saúde primários podem tranquilizar os pacientes quanto à segurança destes dispositivos. O risco pode ser reduzido a praticamente zero, utilizando luvas sem dedos ou filtros solares quando as mãos estão expostas a esta radiação UV.

Persiste a escassez de provas nesta área sendo necessário investigação futura para esclarecer os riscos, nomeadamente a avaliação dos efeitos fisiológicos e cancerígenos da radiação UVA artificial na cosmética de unhas.

Sugere-se assim que a exposição deste tipo de radiação sobre as unhas deva ser considerada na população exposta, com atenção para a inspeção das mãos, no sentido de educar melhor os utentes.

E-POSTER 69

“PRURIDO SINE MATÉRIA”. PARTICULARIDADES NOS IDOSOS

Carolina Venda

USF Farol, ACeS Central, ARS Algarve

Introdução: Estima-se que a população idosa duplique até 2050. Estudos mostram que o prurido tem uma alta prevalência nesta população, sendo um dos motivos de consulta mais frequentes nesta faixa etária, e mantém-se atualmente como um desafio diagnóstico e terapêutico.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo a revisão da literatura recente sobre avaliação e abordagem ao prurido na população idosa.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica em bases de dados de medicina baseada na evidência de artigos publicados nos últimos 5 anos, com recurso à Medline, PubMed e UpToDate, limitando a pesquisa aos termos

pruritus, elderly, geriatric, diagnosis, management, xerosis e equivalentes em língua portuguesa.

Resultados e conclusões: O prurido é definido como uma sensação desagradável na pele que provoca o desejo coçar, que pode interferir na funcionalidade, no sono e na qualidade de vida. A avaliação do prurido exige uma história clínica e exame físico detalhados, servindo de base para a seleção dos exames complementares, no sentido de se confirmar ou excluir a etiologia do mesmo. O prurido pode ser classificado temporalmente e quanto à presença de lesão cutânea primária. A etiologia do prurido é diversificada e nem sempre é fácil de se estabelecer, mas é essencial a exclusão de patologias sistêmicas. Nos idosos as causas mais comuns de prurido crônico são: xerose, imunosenescência e neuropatia. A xerose é considerada a principal causa de prurido no idoso, associada com múltiplas alterações cutâneas relacionadas com o envelhecimento e fatores ambientais. O fator desencadeante, a extensão e a severidade influencia a opção terapêutica. O tratamento da xerose assenta em 2 princípios: repor a barreira cutânea com a hidratação e evitar agressões à barreira cutânea através de alterações de estilo de vida. Quando não é possível determinar a causa, pode-se tentar 2 semanas de tratamento não específico do prurido e reavaliar posteriormente.

O prurido crônico nos idosos é um problema comum, sendo essencial que os médicos estejam capacitados para a sua abordagem nesta faixa etária. A história clínica detalhada e o exame físico complementados com exames são essenciais para estabeleça uma conduta de abordagem em segurança, excluindo causas sistêmicas major subjacentes. Nos idosos há uma combinação de fatores que no seu conjunto facilitam o aparecimento do prurido, como 1) alterações cutâneas; 2) higiene e cuidados com a pele insuficientes; 3) Exposição a ambientes secos; 4) Multipatologia; e 5) Polifarmácia. Por outro lado, este cenário complexo dificulta o esclarecimento etiológico, sendo que na maioria dos casos o prurido é multifactorial. Na sua abordagem deve-se estabelecer se é devido a uma condição dermatológica primária ou uma manifestação de uma condição sistémica. A causa mais comum é a xerose, que pode ser ou não evidente ao exame objetivo, pelo que, após exclusão de suspeitas de condições sistêmicas, deve-se tentar a abordagem com alterações do estilo de vida e hidratação cutânea.

E-POSTER 70

UMA CERVICALGIA ATÍPICA: A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DOS SINAIS DE ALARME

Rita Branquinho; Sara Beato; Leonel Santos

UCSP Novos Horizontes

Introdução: A hemorragia subaracnoideia espontânea (HSE) é uma etiologia rara, no entanto grave, de cefaleias. O diagnóstico de HSE é especialmente desafiador em pacientes sem alterações neurológicas, pois o atraso no diagnóstico pode ser devastador.

A incidência anual estimada de HSE, é de 9,1 casos por 100 000 pessoas. A HSE afeta pacientes com idade média de 55 anos. A sobrevida aumentou 17% nas últimas décadas, presumivelmente por melhor diagnóstico, reparação aneurismática precoce, prescrição de nimodipina e terapia intensiva em suporte avançado de vida. No entanto, os sobreviventes frequentemente apresentam défices cognitivos, afetando-os nas suas atividades de vida diárias, na capacidade de trabalho e na qualidade de vida.

Caso clínico: Este caso clínico retrata um doente de sexo masculino, com 46 anos de idade, caucasiano. Como habilitações literárias tem o 6º ano de escolaridade e como profissão é operário fabril na indústria de cerâmica. É solteiro, vive numa família unitária e enquadra-se na classe média-baixa na classificação socioeconómica de Graffar. Antecedentes familiares de hipertensão e dislipidemia. Em relação aos seus antecedentes pessoais tem dislipidemia. Sem medicação habitual.

O início deste caso data em julho de 2016 na qual o doente recorreu a uma consulta de agudos no seu médico de família por cervicalgias intensas que irradiavam para a região occipital de início súbito. Na altura apresentava-se sem alterações no exame físico, nomeadamente no exame neurológico sumário, sendo prescrita analgesia e ensinados os sinais de alarme. Por agravamento e manutenção da dor no final do dia, conforme indicado anteriormente pelo seu médico assistente, o doente recorreu ao SU do hospital de residência. À entrada ao exame objetivo apresentava sinais meníngeos, foi pedido TC crânio-encefálico (TC CE) que revelou hemorragia subaracnoideia de cisternas da base com inundação hemática dos III e IV ventrículos, de etiologia indeterminada. Foi transferido para a Neurocirurgia dos CHUC onde ficou internado e medicado com nimodipina e metoclopramida. Repetiu TC CE passado 24 horas mantendo-se o quadro sobreponível ao TC CE anterior. Passado 4 dias repetiu novamente o TC CE com reabsorção da hemorragia, não apresentando sinais de ressangramento. Teve alta após estudo incompleto inconclusivo, com prescrição para o domicílio de nimodipina, paracetamol e metoclopramida com indicação para suspensão gradual da terapêutica.

Foi a consulta de controlo em março de 2017 após repetir TC CE com reabsorção total das coleções hemáticas. O doente atualmente apresenta-se sem queixas e sem défices relacionados com o evento.

Conclusão: Em Medicina Geral e Familiar o doente com doença aguda pode ser atendido numa fase inicial de instalação do quadro clínico, sendo que este pode apresentar sinais e sintomas pouco específicos, e que, no entanto, têm de ser interpretados e valorizados.

Um dos obstáculos ao médico de família é distinguir patologias agudas comuns de evolução favorável de patologias mais raras, e frequentemente de carácter grave, sendo que os ensinamentos de sinais de alarme ou evolução previsível da doença tornam-se indispensáveis na abordagem destes casos.

Referências:

- Macdonald RL1, Schweizer TA2. Spontaneous subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 2017 Feb 11;389(10069):655-666. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30668-7. Epub 2016 Sep 13
- de Rooij NK, Linn FH, van der Plas JA, Algra A, and Rinkel GJ: Incidence of subarachnoid haemorrhage: a systematic review with emphasis on region, age, gender and time trends. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: pp. 1365-1372
- *Academic Emergency Medicine* 2016;23:963-1003 © 2016 by the Society for Academic Emergency Medicine

E-POSTER 71

À BOLEIA DO BULINUS

Maria José Novais

USF Santa Clara, ACeS Grande Porto IV

Introdução: Hematúria é definida como a presença anormal de eritrócitos na urina, podendo ser microscópica ou macroscópica. Pode ter diferentes etiologias, que variam desde situações banais a processos patológicos graves. Quer pela sua frequência quer pela sua relevância clínica, a hematúria é uma queixa importante de recorrência aos CSP, pelo que uma boa anamnese é essencial para direcionar a abordagem diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, reformada (ex-empresária), antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Insónia e Ansiedade. Medicada com metformina, lorazepam e mirtazapina. Sem hábitos tabágicos atuais ou prévios. Em novembro de 2016 recorre à consulta com queixas de hematúria macroscópica com uma semana de evolução, negando disúria, polaquiúria, febre ou dor abdominal. Referia ainda perda ponderal de 4kgs no último mês. Ao exame objetivo apresentava-se apirética, palpação abdominal normal, *Murphy* renal negativo bilateralmente; tira-teste urinária com leucocitúria e hematúria franca. Foi pedida análise de urina, urocultura e ecografia reno-vesical e a doente foi medicada com fosfomicina. Voltou à consulta após uma semana, com resultado de ecografia, que revelou “lesão polipóide na parede lateral esquerda da bexiga, a merecer realização de cistoscopia”. Urocultura negativa.

Foi pedida colaboração de Urologia, tendo sido avaliada e realizada uretroroscopia que revelou “neoformação na parede lateral esquerda, com cerca de 2 cm, e mucosa envolvente com aspeto tumoral; restante mucosa com múltiplas pequenas formações de aspeto quístico, calcificado, de consistência dura, em toda a mucosa vesical”. Foi realizada ressecção das neoformações e o estudo anatomopatológico revelou carcinoma urotelial papilar não invasor de alto grau. De referir ainda a presença de ovos de *Schistosoma* calcificados. Para estadiamento, efetuou TAC toraco-abdomino-pélvico que não demonstrou lesões metastáticas à distância. Foi avaliada por Infeciologia, tendo sido efetuada anamnese exaustiva, verificando-se que a doente tinha vivido em Angola na juventude durante 10 anos, com hábitos de molhar os pés e lavar a roupa com água da lagoa e tomar banho com água do poço. Referia ainda recordar-se de episódio de urina escura, aos 25 anos, tendo sido tratada de acordo. Realizou estudo analítico, que revelou trombocitopenia (108.000), serologias víricas negativas, pesquisa de ovos nas fezes e urina negativa e serologia de *Schistosoma* negativa. Tendo em conta a presença de ovos em histologia de biópsia urogenital, foi assumida Schistosomíase latente e efetuou tratamento com praziquantel. Voltou a ser avaliada por Urologia, tendo realizado uretroroscopia e ureterorrenoscopia bilateral que não evidenciou sinais de recidiva neoplásica, mantendo-se em seguimento por esta especialidade até ao momento atual.

Conclusão: O *Schistosoma haematobium* é um parasita endémico em África, cujo desenvolvimento ocorre no organismo humano (hospedeiro definitivo) e no interior de um caracol da espécie *Bulinus* (hospedeiro intermediário) que vive em pequenas lagoas de água parada, sendo neste local onde geralmente ocorre a infeção humana. Pessoas que consomem água doce dos rios para beber, cozinhar, lavar a roupa e tomar banho estão em risco de serem infetadas, uma vez que este parasita pode penetrar na pele, alcançar a corrente sanguínea e chegar ao plexo sanguíneo da bexiga. Neste órgão, induz irritação crónica e inflamação e pode levar ao aparecimento de lesões pré-malignas com posterior transformação maligna do urotélio.

A schistosomíase não é uma causa frequente de carcinoma da bexiga e, como tal, não é comum pensar-se neste diagnóstico diferencial perante um quadro de hematúria. No entanto, uma boa história clínica poderá revelar aspectos específicos do percurso de vida dos doentes que poderão ser essenciais para um diagnóstico certo.

E-POSTER 72

EFEITOS DA GRAVIDEZ NAS DOENÇAS REUMÁTICAS E SEGURANÇA DOS FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS ANTES E DURANTE A GRAVIDEZ E ALEITAMENTO MATERNO

Joana Veloso Gomes; Filipa Henriques da Silva; Carolina Venda; Rui Carmo; Olga Desyatova

UCSP de Quarteira; USF Albufeira; USF Farol do ACES Central/ARS Algarve

Objetivos: As doenças reumatológicas representam uma necessidade crescente nos cuidados de saúde. Os médicos de família encontram um número significativo de problemas reumatológicos no decorrer da sua prática clínica. O médico de medicina geral e familiar é uma parte integrante da equipa de cuidados de saúde que deve saber reconhecer a importância do diagnóstico precoce, do tratamento e dos cuidados holísticos que estes pacientes exigem. Os médicos de medicina geral e familiar precisam de atualizar continuamente o seu conhecimento clínico, devido aos novos e constantes avanços no diagnóstico e tratamento das doenças reumáticas. As doenças reumáticas muitas vezes afetam as mulheres durante a idade fértil, quando a gravidez é esperada. Com uma cuidadosa gestão médica, incluindo obstétrica, a maioria dessas mulheres pode ter gravidezes bem-sucedidas. No entanto, as complicações são possíveis, quer para a mãe quer para a criança. O objetivo deste trabalho é partilhar informações úteis e baseadas na evidência, para que os médicos de família possam conhecer e monitorizar os efeitos da gravidez nas pacientes com doenças reumáticas e quais os fármacos seguros durante a gravidez e a aleitamento materno.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa para todos os tipos de estudos com acesso livre e texto completo, publicados nos últimos cinco anos na *PubMed*, *DARE* e outros sites específicos de sociedades internacionais, com os termos MeSH “doenças reumáticas” e “gravidez” e “aleitamento”. Para avaliar a qualidade dos estudos (nível de evidência), utilizámos a Escala de Taxonomia de Recomendação de Força (SORT) da Academia Americana de Médicos de Família. Encontrámos 8 artigos que foram analisados.

Resultados: A atividade da AR geralmente diminui durante a gravidez. A evidência sugere que os inibidores do TNF são seguros. Os fármacos antirreumáticos podem interferir com a fertilidade ou aumentar o risco de abortos espontâneos e defeitos congénitos. O metotrexato (MTX) deve ser interrompido 3 meses antes da concepção. A sulfassalazina e a azatioprina podem ser utilizadas com segurança. A ciclosporina e o tacrolimus podem ser uma escolha segura. Os anti-TNFs são pertencem à classe dos

disease modifying antirheumatic drugs (DMARD) biológicos mais estudados. Discutir com as pacientes sobre contraceção, concepção planeada, opções terapêuticas e controlo da doença, são cruciais para otimizar os resultados da gravidez. O aconselhamento antes da gravidez é fundamental nas mulheres com AR. Manter a doença com baixa atividade antes da concepção e durante a gravidez e o aleitamento materno favorece melhores resultados para a mãe e para o bebé. Os estudos publicados sobre intervenções efetivas dirigidas a mulheres com AR durante a idade fértil, são limitados. Recomenda-se que futuros modelos educativos abranjam mais do que a segurança dos fármacos e incluam outras informações relevantes. Embora sejam seguros, quando possível, os fármacos biológicos devem ser descontinuados antes do terceiro trimestre. As mulheres com hipertensão pulmonar, ou insuficiência cardíaca grave, com doença ativa não devem engravidar. Não foram observados efeitos adversos num latente amamentado exposto ao MTX. A compatibilidade com o período de gestação e o aleitamento materno foi encontrada para os antimaláricos, sulfassalazina, azatioprina, ciclosporina, tacrolimus, colchicina, imunoglobulina intravenosa e glucocorticóides. O MTX, o micofenolato de mofetil e a ciclofosfamida requerem descontinuação antes da concepção devido à teratogenicidade comprovada.

Conclusões: A doença reumática da mulher deve estar bem controlada por um período de pelo menos 3 meses antes de uma tentativa de gravidez. Os médicos de família devem ter capacidade para gerir e monitorizar possíveis complicações. O efeito da gravidez nas doenças reumáticas varia de acordo com a condição. Todas as mulheres com doença reumática que ponderam engravidar, devem ser aconselhadas sobre os riscos específicos associados.

E-POSTER 73

ANGIOEDEMA INDUZIDO POR IECAS — CASO CLÍNICO

Bárbara Rocha; Jaqueline Silva; Pedro Fernandes
Sesaram

Introdução: O angioedema corresponde a um edema transitório da derme profunda ou do tecido celular subcutâneo que resulta da extravasão de líquido para o tecido intersticial, podendo o termo ser empregue para descrever um sinal do exame físico ou um subgrupo clínico de Urticária. É observado em associação a lesões cutâneas de Urticária em 50% dos casos e pode evoluir para Anafilaxia, colocando estes doentes em risco de vida. Embora a Urticária e o Angioedema estejam normalmente associados a mecanismos imunológicos e/ou idiopáticos, alguns casos correspondem a mecanismos não imunológicos (picada de himenópteros, desgranulação mastocitária direta ou reação adversa a fármacos).

Caso clínico: Os autores relatam um caso de um doente do sexo masculino, 60 anos, raça caucasiana e residente no estrangeiro, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial (HTA), portador de pacemaker por arritmia não especificada. Recusava há vários anos cumprir terapêutica da HTA por queixas de dor abdominal difusa. A 14-09-2017 recorreu ao Serviço de urgência por sinais inflamatórios da perna esquerda com uma semana de evolução, pelo que foi internado no serviço de Dermatologia com o diagnóstico de erisipela e medicado com Amoxicilina/Ácido clavulânico 1,2g ev 8/8h; Clindamicina 600mg 8/8h ev e Enalapril 20mg/dia p.o. Ao 11º dia de internamento apresentou pico hipertensivo (PA=182/96mmHg), pelo que foi medicado com Captopril 25mg sl. No dia seguinte à toma deste medicamento, iniciou queixas de dor abdominal difusa e persistente, associada a 2 episódios de vômitos alimentares sem sangue. Negou dispneia, tosse ou diarreia. Ao exame objetivo tinha dor à palpação na região epigástrica e edema da face, mais exuberante nos lábios. A toma do Enalapril e Captopril foi substituída por Amlodipina 10 mg e foi medicado com anti-histamínicos, observando-se melhoria progressiva, com regressão do edema da face e da dor abdominal, sem novos episódios de vômitos. Teve alta ao 15º dia de internamento assintomático e clinicamente estável.

Conclusão: O Angioedema ocorre em 0,1-0,2% dos doentes medicados com Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA's). Acredita-se que o mecanismo esteja associado à inibição da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), o que resulta no aumento da produção de Bradicina por via da inibição do seu metabolismo. Nestes casos, o Angioedema manifesta-se normalmente com edema subcutâneo agudo da face e menos frequentemente da região genital ou membros. Ocasionalmente pode ocorrer edema da parede intestinal, que se manifesta com dor, náusea, vômitos e diarreia. O envolvimento da laringe e epiglote pode comprometer a deglutição e a via respiratória, podendo resultar em morte. Dado que os IECA's constituem uma das classes farmacológicas mais prescritas no tratamento da HTA, é importante ter em consideração o Angioedema como efeito adverso potencialmente grave e que exige a descontinuação destes medicamentos. Na maioria dos casos, o edema desenvolve-se nas primeiras 72 horas, podendo em alguns casos ocorrer uma reação tardia que varia entre duas semanas a 18 meses. Uma forte suspeição clínica e a exclusão de outras causas são a chave para o diagnóstico. O tratamento envolve a suspensão do fármaco, com a resolução dos sintomas entre 24 a 72 horas. Esta melhoria do quadro clínico é mandatória para se estabelecer o diagnóstico final.

E-POSTER 74

UM CASO DE TOXOPLASMOSE SINTOMÁTICA NA PRÉ-CONCEÇÃO

Cátia Neto; Filipe Costa; Mário Antunes da Cunha
USF S. Nicolau, ACES do Alto Ave

A toxoplasmose é uma doença causada pelo parasita intracelular *Toxoplasma Gondii* (*T. Gondii*). O *T. Gondii* apresenta 2 ciclos de vida: o sexual, que ocorre no intestino dos gatos e o assexual, que toma lugar nos animais e humanos infetados. As principais vias de transmissão no humano são o consumo/manipulação de carne crua ou mal cozinhada, a ingestão de vegetais, fruta ou água contaminados por oocistos libertados nas fezes dos gatos ou ainda, o contato direto com o solo ou fezes de gatos infetados (p.ex. caixas de areia).

Estima-se que cerca de 33% da população de todo o mundo esteja infetada. A maioria das pessoas infetadas imunocompetentes não desenvolve sintomas ou apresenta sintomas tipo-gripais, como febre, cefaleias, mialgias e linfadenopatias, sendo a infeção não reconhecida na maioria dos casos.

A infeção na gravidez tem importantes implicações, devido ao risco de transmissão fetal e toxoplasmose congénita (microcefalia, hidrocefalia, atraso psicomotor, cegueira, etc). Enquanto que a infeção no 1º trimestre comporta um baixo risco de transmissão fetal (<6%), as taxas de transmissão variam entre 60-81% no 3º trimestre. Inversamente, a gravidade de infeção é maior no início da gravidez, com maior risco de sequelas no feto.

Apesar de se conhecerem as implicações de uma infeção durante a gravidez, existem poucos estudos sobre a segurança de uma conceção no período imediatamente após uma infeção aguda.

Este caso clínico aborda uma infeção sintomática aguda por toxoplasmose no período pré-concepcional.

Doente de 30 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao seu médico de família, para a realização de consulta pré-concepcional, referindo a presença de adenomegalias cervicais e submandibulares esquerdas, indolores e com 15 dias de evolução. Sem outros sintomas associados.

No exame objetivo, palpavam-se duas adenomegalias de 2 cm, consistência mole, não aderentes aos planos profundos, nos locais supracitados. O estudo analítico revelou hemograma, leucograma, função hepática e renal dentro dos limites da normalidade, VS 16 mm/h e PCR <2.9 mg/L. A ecografia de partes moles descreveu "adenomegalias no triângulo posterior do pescoço e jugulodigástricas à esquerda (27x e 26x10 mm) e pré-auriculares à direita (12x6mm)."

A doente realizou ecografia tiroideia, axilar e inguinal que não mostraram alterações de relevo. Procedeu-se

à realização de estudo serológico e marcadores víricos, que mostraram níveis de IgM anti-*T. Gondii* 13.73 (positivo>1) e de IgG>250 UI/ml (positivo>8). Com este achado, a doente acabou por referir que tinha sido mordida por um gato. Dado o desejo de uma concepção a curto-prazo, a doente foi referenciada para a consulta de Ginecologia/Obstetrícia, onde realizou avaliações serológicas regulares ao longo de 6 meses, com uma diminuição da IgM (para 3.84) e elevação da IgG (para >700).

Apesar de serem escassos os estudos que forneçam orientações quanto à concepção após uma infecção aguda por toxoplasmose, as recomendações, baseadas na opinião de peritos, aconselham um período de protelação de gravidez de 6 meses. Contudo, sendo a parasitemia de curta duração e ocorrer rapidamente a formação de cistos numa mulher com adequada função imune, a maioria dos estudos considera improvável a transmissão da infecção ao feto, quando a concepção ocorre, pelo menos, 3 meses após a infecção aguda. Para além disso, dados de uma revisão sistemática do estudo sobre toxoplasmose congénita (SYROCOT) sugerem que a infecção congénita ocorre dentro de 3 semanas após a infecção materna.

Independentemente do contexto, informações relativamente à prevenção da infecção deverão ser fornecidas a todas as mulheres.

Este caso clínico permitiu também reforçar a importância da anamnese no diagnóstico diferencial e assinalar a possibilidade de sintomatologia na infecção aguda por toxoplasmose.

E-POSTER 75

UM OLHAR SOBRE A CONSULTA DO VIAJANTE NUMA USF

Joana Caseiro Lobato; Tiago Alves Pacheco; Filipa Godinho
USF Ribeirinha

Introdução: Com a crescente facilidade e rapidez nas deslocções a qualquer parte do mundo, o número de viajantes aumentou exponencialmente. Nesse sentido, a necessidade de existência de locais para realização de consultas do viajante em diferentes locais do país é evidente. É nesta consulta que o viajante é avaliado relativamente ao seu local de destino e às suas características e condições de saúde, sendo então alertado para os riscos e aconselhado no que toca a medidas preventivas a adotar antes, durante e depois da viagem.

Sendo o Barreiro um concelho com uma elevada densidade populacional e existindo um elevado número de utentes de origem africana, houve a necessidade de se criar uma consulta do viajante que colmatasse as necessidades de todo o ACES Arco Ribeirinho. Consulta esta em funcionamento desde 1 de Janeiro de 2017, assegurada por um

interno de Medicina Geral e Familiar do 4º ano.

Objetivos, material e método: Com o objetivo de caracterizar o primeiro ano de consulta do viajante da Unidade de Saúde Familiar Ribeirinha, no Barreiro, foi realizado um estudo retrospectivo das consultas do viajante registadas em SClínico®, realizadas nessa unidade de saúde durante todo o ano de 2017. Foram analisados os dados demográficos dos viajantes, destino, motivo da viagem e necessidade de deslocação a um centro de vacinação internacional.

Resultados: Foram avaliadas consultas de 99 viajantes, dos quais 9% com idades iguais ou superiores a 65 anos e 15% com menos de 18 anos. Dos 21 destinos de viagem os principais foram Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (21% Guiné-Bissau, 20% Angola, 13% Cabo Verde e 9% São Tomé e Príncipe), predominando como motivo de viagem a visita a familiares (63%), seguindo-se depois o lazer (26%) e motivos profissionais (8%). 70% dos utentes da consulta receberam prescrição médica para realização de vacinas em centros de vacinação internacional.

Conclusões: Apesar da maioria dos viajantes ter idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, não deixa de ser relevante os 24% que não se encontram dentro desta faixa etária, o que realça a importância de ter presente as particularidades inerentes à consulta em idade pediátrica e no idoso com as várias comorbilidades e polimedicação associadas. É também possível observar que as características da consulta do viajante que se destacam nesta casuística – viagens para PALOP's para visita a familiares – denotam a presença de um considerável número de habitantes de origem africana na zona de influência do ACES. Finalmente, dada a elevada percentagem de viajantes com prescrição de vacinas nesta consulta seria importante a criação de um centro de vacinação internacional no ACES Arco Ribeirinho, medida esta que iria aumentar a adesão dos doentes e diminuir o número de viajantes em risco.

E-POSTER 76

IMPACTO DO ACESSO A ESPIROMETRIAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS — ALTERAÇÕES ESPIROMÉTRICAS NA POPULAÇÃO DE FARO

Carolina Venda; Ana Abreu; Igor Glória; Rui Carmo
USF Farol, ACeS Central ARS Algarve

Introdução: As estimativas de prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em Portugal são de 14,2%, em utentes com quarenta ou mais anos, com considerável de subdiagnóstico (86,8%). O diagnóstico de DPOC exige a realização de espirometria.

A análise de indicadores de morbilidade respiratória,

decorrentes da codificação eletrónica nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), demonstra uma baixa prevalência de DPOC, eventualmente relacionada com dificuldade de acesso à espirometria, que poderá condicionar um contexto de subdiagnóstico.

O projecto piloto para formação de rede de espirometria nos CSP pretende facilitar o acesso e identificar casos de DPOC não diagnosticados, possibilitando o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e melhorando o prognóstico da doença.

De acordo com o site Transparência, do SNS, o ACeS Central em 2016 possuía 241.360 utentes inscritos, em que 84.8% possuíam médico de família e 14.8% não tinham médico de família atribuído. O ACeS Central integra os centros de saúde de Albufeira, Loulé, Faro, Olhão e São Brás de Alportel.

O centro de saúde de Faro e extensões prestam cuidados à população do concelho, que em 2015 tinha 61.019 residentes, correspondendo a 13.8% da população do Algarve. As prioridades estabelecidas para 2015-2016 pelo Plano Local de Saúde para o ACeS Central foram várias, entre elas: reduzir o consumo de tabaco e reduzir a morbidade por DPOC e reduzir a mortalidade por doenças do aparelho respiratório.

Objetivos: Apresentar um protocolo de investigação com o objetivo de ser discutido e melhorado, em que este tem como objetivo descrever o número de utentes pertencentes ao centro de saúde de Faro e extensões, submetidos a espirometria, com resultados alterados (DPOC, padrão obstrutivo, padrão restritivo, padrão misto). Explorar relação entre consumo de tabaco, idade, género e Concelho com o resultado de espirometria; e ainda explorar a classe de DPOC mais prevalente.

Materiais e métodos: Recolha de informação através do questionário preenchido pelos utentes e resultados fornecidos pelo Técnico de Cardiopneumologia. Registo de informação através de criação de base de dados e análise estatística, com recurso ao SPSS. E posterior análise crítica dos respetivos resultados com recurso ao SPSS.

Resultados e conclusões: Com este trabalho pretende-se a discussão de um protocolo de investigação, tendo em vista mudanças e melhorias do mesmo de forma a que a aplicação do mesmo permita perceber quantos utentes do Centro de saúde de Faro e extensões realizaram espirometria e tiveram resultado compatível com DPOC, padrão obstrutivo, padrão restritivo, padrão misto. Pretende-se daí inferir se os utentes selecionados pelos MF para realização de espirometrias cumprem na sua maioria os critérios de seleção estabelecidos pelo projeto piloto. Bem como caracterizar a população de utentes com DPOC ou outras alterações espirométricas nesta amostra.

E-POSTER 77

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇA PROFISSIONAL

Lisa Pires; Daniel Melo; Mariana Bastos; Emídio Silva; Teresa Pinto; Fernando Mautempo

Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução: As doenças profissionais são frequentes e têm um grande impacto no indivíduo, na sociedade e na economia. A assistência e reparação da doença profissional é um direito constitucional pelo que a sua notificação é obrigatória. Apesar da sua clara importância, as doenças profissionais continuam a ser subnotificadas. Embora o médico do trabalho seja, teoricamente, o principal responsável pela vigilância médica do trabalhador, qualquer médico pode e deve iniciar o processo de certificação.

Objetivos: Salientar o papel do médico na participação das doenças profissionais e identificar o circuito oficial de notificação obrigatória.

Material e métodos: Foi feita uma consulta da legislação que regulamenta as Doenças Profissionais, nomeadamente o Decreto-lei que determina a obrigatoriedade da participação de todos os casos de doença profissional (Decreto-Lei nº 2/82, de 5 de janeiro), o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais (Lei nº 98/2009, de 4 de setembro) e ainda o Decreto-Lei que aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, estabelecendo a classificação da incapacidade da doença profissional (Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro). Foi ainda feita uma revisão de fontes documentais online das páginas oficiais da Segurança Social (www.seg-social.pt) e Direcção-Geral da Saúde (www.dgs.pt/saude-ocupacional.aspx) no âmbito da Saúde Ocupacional.

Resultados e conclusões: Perante suspeita fundamentada de doença profissional ou agravamento desta, ou seja, perante um diagnóstico de presunção, qualquer médico deve proceder à sua notificação através do preenchimento da Participação Obrigatória/Parecer Clínico (Modelo GDP 13-DGSS da Segurança Social). Uma cópia da participação deve constar do processo clínico e outra deve ser enviada ao Serviço de Saúde Pública de Agrupamento de Centros de Saúde. Na sequência desta participação, o médico de Medicina Geral e Familiar poderá emitir um certificado de incapacidade para o trabalho (aprovado pela Portaria nº220/2013 de 4 de julho) por doença profissional.

Para iniciar o processo de certificação, o trabalhador deve enviar a Participação original juntamente com os exames complementares necessários, assim como o Requerimento de pensão por incapacidade permanente (Modelo GDP 12-DGSS da Segurança Social) para o Centro Nacional de Proteção Contra Riscos Profissionais do Instituto da Segurança Social (CNRPR/ISS, IP). Estes documentos devem ser

remetidos por correio ou entregues diretamente no balcão competente. Cabe ao CNPRP decidir sobre o diagnóstico definitivo, confirmando ou não a existência de doença profissional, mediante solicitação do trabalhador afetado e apreciação da avaliação do posto de trabalho. A certificação da doença profissional implica reparação da mesma sob duas formas possíveis: se houver atribuição de incapacidade, com base na Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, a reparação é feita através de prestações pecuniárias e em espécie; se não há incapacidade então a reparação é realizada apenas através de prestações em espécie.

A comunicação da confirmação é feita ao trabalhador, ao empregador e a entidades competentes como a Direção-Geral da Saúde, Serviços de Saúde Pública e Equipas de Saúde Ocupacional das Administrações Regionais, para que possam ser feitos inquéritos epidemiológicos e implementadas medidas corretivas e preventivas no local de trabalho.

E-POSTER 78

PERTURBAÇÃO FACTÍCIA EM IDADE PEDIÁTRICA

Ana Ventura

USF Ramada

Introdução: A perturbação factícia em idade pediátrica é habitualmente *by proxy*, o principal cuidador da criança. Seguidamente descreve-se um caso de uma criança de 18 meses que recorreu 52 vezes à consulta de Saúde Infantil/Aberta no 1º ano de vida.

Descrição: Criança de 18 meses, sexo masculino, 2º filho de fratria de 2, com 52 recursos em consulta aberta e/ou programada com sintomas inespecíficos, sem repercussão no desenvolvimento psicomotor ou estatura ponderal. Adicionalmente recorria com periodicidade mensal ao Hospital da Área de Residência.

Conclusão: A mãe foi orientada para consulta de psiquiatria para eventual psicoterapia dado a não adesão à terapêutica proposta. Mantem acompanhamento irregular e recusa de psicofármacos.

E-POSTER 79

CLAUDICAÇÃO DA MARCHA EM IDADE PEDIÁTRICA

Ana Ventura; Edite Lemos

USF Ramada

Enquadramento: O síndrome de entrapmente popliteu é uma causa rara de claudicação em idade jovem e o diagnóstico é por vezes difícil. Classifica-se em anatómico ou funcional. Seguidamente apresenta-se um caso de entrapment popliteu em doente jovem.

Descrição do caso: Doente de 15 anos, sexo feminino que recorre a consulta de medicina geral e familiar por quadro de lombo-cialgia com claudicação da mar-

cha com agravamento com exercício físico com cerca de 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo destacava-se apenas lá segue positivo à esquerda, sem outras alteações. A doente foi medicada sintomaticamente. Na consulta seguinte referia alívio sintomático parcial. Por manter queixas foi referenciada a medicina física e reabilitação. Fez 2 ciclos de reabilitação com melhoria parcial da sintomatologia. Na reavaliação apresentava melhoria sintomática mas apresentava uma atrofia muscular no gêmeo esquerdo. Ao exame objetivo apresentava pulso pedioso palpável e simétrico bilateralmente. Foi referenciada a Consulta de Cirurgia Vasculuar onde fez ecodoppler arterial que não revelou alterações. Nesta altura apresentava ao exame objetivo palidez cutânea com a suspensão do membro afetado. Fez angio-TC que revelou pequena oclusão da artéria infragenicular.

Discussão: Apesar e rara, esta etiologia deve ser ponderada em doentes jovens com claudicação da marcha. A doente mantém seguimento em consulta de cirurgia vascular com indicação para antiagregação plaquetar e contra-indicação para anticoncepcional oral.

E-POSTER 80

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO

— UM CASO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Margarida Garrett Silva

UCSP Alverca do Ribatejo

O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma forma frequente de hipertensão arterial secundária e caracteriza-se pela produção inadequada e parcialmente autónoma de aldosterona pelo sistema renina-angiotensina. Apresenta-se classicamente por hipertensão arterial e hipocaliémia. O diagnóstico pressupõe um rácio Concentração de Aldosterona Plasmática/Concentração de Renina Plasmática (CAP/CRP) elevado e, frequentemente, uma prova confirmatória positiva. O subtipo mais frequente de HAP é a hiperplasia bilateral das supra-renais, seguida do adenoma produtor de aldosterona. Múltiplos estudos sugerem um aumento do risco cardiovascular associado a esta patologia, com incidências superiores de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio e fibrilhação auricular. O objectivo deste trabalho é descrever um caso de um utente sem médico de família, subdiagnosticado e medicado durante 3 anos com Cloreto de Potássio Oral, revendo a clínica, abordagem diagnóstica e terapêutica do hiperaldosteronismo primário.

Utente de 75 anos, sexo masculino, caucasiano, elemento de uma família nuclear correspondente à fase VIII do Ciclo de Duvall, recorre a consulta aberta para mostrar resultados de MCDT's. Tem história de Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Fibrilhação Auricular Pa-

roxística e antecedentes pessoais de Acidente Vascular Cerebral sequelar há 3 anos. Medicado em ambulatório com Metformina 1000 2 i.d., Dabigatran 110 1 i.d., Pantoprazol 1 i.d, Atorvastatina 10 1 i.d, Amlodipina 10 1 i.d , Atenolol 100 1 i.d e Cloreto de Potássio retard 600 2 i.d. O utente refere a toma do último fármaco desde há 3 anos por “falta de potássio” sic. Analiticamente apresentava 3,8 mmol/L de potássio e 147 mmol/L de sódio, com restantes valores dentro das referências. Ao exame objectivo apresentava-se normotenso, auscultação com sons cardíacos arritmicos e edemas dos membros inferiores. Suspeitou-se de um possível comprometimento das glândulas supra-renais, num doente hipertenso com calémiã mantida por terapêutica oral, sem outra medicação espoliadora de potássio, pelo que se referenciou o utente para a Consulta de Endocrinologia. Após esta consulta e estudo analítico que comprovou elevação dos valores de aldosterona, supressão da renina plasmática, aumento do rácio CAP/CRP e das metanefrinas, o utente foi internado para realização de provas e TC-abdominal para estudo do hiperaldosteronismo e exclusão de feocromocitoma. A investigação conduziu posteriormente a um diagnóstico de hiperaldosteronismo primário, secundário a hiperplasia bilateral das glândulas supra-renais. A medicação crónica foi reajustada, com eliminação do Cloreto de Potássio oral e introdução de Espiranolactona 100 1i.d.

Este caso remete-nos para a problemática dos doentes sem médico que circulam entre o Sistema Nacional de Saúde e o Privado, sem um acompanhamento adequado e orientado, onde o acesso à medicação crónica é muitas vezes feito através da prescrição no contexto de múltiplos pedidos de receituário sem avaliação presencial do doente ou em contexto de Serviço de Urgência. Compete ao médico de família, na sua posição privilegiada de primeiro contacto com o sistema de saúde, exercer uma medicina centrada na pessoa e nas suas necessidades, assegurando uma orientação adequada, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde secundários, privilegiando um diagnóstico atempado.

E-POSTER 81

PRESCRIÇÃO SEGURA NA GRAVIDEZ

Eliana Pires; Carla Resende; Eugénia Santos Silva
UCSP Tortosendo, ACeS Cova da Beira

Introdução e objetivos: O uso de medicamentos durante a gravidez tem aumentado nas últimas décadas, sendo que cerca de metade das gestantes terá usufruído de 4 ou mais fármacos, predominantemente no primeiro trimestre. Sendo a gravidez um período de mútuas implicações materno-fetais, importa atualizar as recomendações baseadas na evidência sobre as patologias mais frequentes

que acometem a grávida, para posterior decisão terapêutica informada.

Metodologia: Revisão bibliográfica com pesquisa em base de dados da *Pubmed* utilizando o termo *MesH pregnancy* e cada um dos termos *MesH anxiety, depression, dermatitis, cough, rhinitis, asthma, heartburn, nausea, diarrhea, constipation, haemorrhoids, vulvovaginitis*.

Resultados: Na patologia ansio-depressiva na grávida refratária à psicoterapia, os inibidores da recaptação da serotonina (ISRS) e os antidepressivos triciclos (ADT) são preferidos aos ansiolíticos, sendo a fluoxetina a mais consensual.

Nas dermatites comuns, a corticoterapia tópica de baixa/media potência é segura; a sistémica está contraindicada devido ao efeito teratogénico.

Na patologia respiratória superior, a tosse pode ser tratada com acetilcisteína, sendo os anti-histamínicos seguros durante a gravidez e amamentação. Na rinosinusite refratária às medidas conservadoras, o cromoglicato de sódio é opção, aconselhando-se evicção dos descongestionantes nasais.

Nas grávidas asmáticas, os riscos para o feto de asma materna não controlada superam aqueles associados à medicação, sendo o budesonido a escolha mais segura.

Nas queixas gastrointestinais, a associação doxilamina + piridoxina é o tratamento mais eficaz e com melhor perfil de segurança para as náuseas e vômitos. No refluxo/pirose, os antiácidos são 1ª linha e na diarreia aguda os probióticos são inócuos para o feto. Na obstipação refratária às medidas dietéticas, os laxantes osmóticos podem ser recomendados. A dor provocada pelas hemorroidas pode ser aliviada com anestésicos locais e com bioflavonoides a partir das 14 semanas.

A bacteriúria assintomática e a cistite aguda exigem antibioterapia durante 7 dias com nitrofurantoína ou amoxicilina.

As vulvovaginites têm sido associadas a efeitos adversos durante a gravidez, pelo que devem ser tratadas. Na candidíase preconiza-se o uso de miconazol ou clotrimazol tópicos; na vaginose bacteriana e na tricomoníase o tratamento baseia-se em metronidazol via oral com doses distintas.

Discussão: O uso crescente de medicação durante a gravidez deve estimular a investigação dirigida a este grupo, tão suscetível a questões morais e éticas. Perante a necessidade de avançar com uma opção terapêutica, deve escolher-se a menor dose eficaz do fármaco mais seguro e evitar medicar no primeiro trimestre de gestação.

E-POSTER 82

CONSUMO DE ESTERÓIDES ANDROGÊNICOS ANABOLIZANTES, UM CASO DE CONFLITO DE INTERESSES

Eliana Pires; Carla Resende; Eugénia Santos Silva
UCSP Tortosendo, ACeS Cova da Beira

Introdução: O consumo de esteroides androgénicos anabolizantes (EAA) tem sido cada vez mais frequente entre os atletas amadores e de alta competição. Utilizados com o objetivo de otimizar a performance muscular e alcançar o melhor aspeto físico, a suspeita de abuso deve ser explorada avaliando possíveis alterações músculo-esqueléticas, endocrinológicas, dermatológicas, cardiovasculares, psiquiátricas e analíticas, dado o risco de efeitos adversos a nível dos diferentes aparelhos ou sistemas. O Médico de Família deve aproveitar a posição de primeira linha de contacto para efetuar esta abordagem dirigida especialmente a grupos vulneráveis, como adolescentes ou jovens adultos, que possam indicar a presença daqueles hábitos.

Caso clínico: RCO, 29 anos, solteiro, desempregado, inserido numa família na fase VI do ciclo de Duvall, praticante regular de musculação. Recorreu à consulta de saúde de adultos em abril de 2017 com informação do episódio de urgência devido a queixas de hematuria, piúria e disúria com uma semana de evolução. Analiticamente, sem leucocitose ou neutrofilia, PCR negativa, urina II com leucócitos positivos e muitos piócitos. Teve alta não medicado, com indicação para estudo em ambulatório, pelo que foi solicitada urocultura, ecografia vesical e prostática. Regressa passados 2 meses, com manutenção dos sintomas e restante exame objetivo sem alterações. Negou comportamentos sexuais de risco ou uso de estupefacientes, mas admitiu consumo de EAA desde há 3 anos. A urocultura foi negativa e as ecografias revelaram discreta hipertrofia prostática (27cc) com imagens nodulares hipoecogénicas centrais infracentimétricas, microlitíase vesical e renal. Recomendou-se cessação de EAA e solicitou-se consulta de Urologia. Nesta, foi pedido doseamento de PSA, aconselhado reforço hídrico e abandono dos EAA, com prescrição de acidificante urinário. Na reavaliação hospitalar, perante resultados analíticos normais, manutenção de sintomas do trato urinário inferior após suspensão de EAA, foi realizada prova terapêutica com Azitromicina em toma única (1g). Tem nova consulta de seguimento em 6 meses.

Conclusão: Este caso pretende sensibilizar para um problema crescente dada a facilidade de obtenção, publicidade enganosa e falta de informação relativa aos suplementos ergogénicos. A persistência de sintomas do trato urinário inferior associadas a alterações ecográficas atípicas para a faixa etária num paciente com hipertrofia muscular patente, constituíram os indicadores de abuso de EAA, tendo motivado referência hospitalar. Além destes,

devem ser explorados a acne, a alteração do comportamento, os sinais de feminização no homem e virilização nas mulheres, o aumento da pressão arterial inexplicada e alterações analíticas.

E-POSTER 83

A CONSULTA DE HIPOCOAGULADOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Rafaela Cabral; Ana Rita Cunha; Paula Rodrigues; Inês Santos; Pedro Vasconcelos; Rui Pedro Loureiro; José Varandas; Anabela Madeira
USF Viseu-Cidade

Introdução: Na fibrilação auricular (FA) não valvular (excluem-se os casos de próteses valvulares e estenoses mitrais moderadas a severas), os utentes podem encontrar-se anticoagulados com antagonistas da vitamina K (AVK) ou os novos anticoagulantes orais (NOAC). Quando um utente se encontra medicado com AVK, deve realizar periodicamente consulta de hipocoagulados (CH) na sua Unidade de Saúde Familiar (USF), para determinação do valor de INR, devendo este incluir-se na janela terapêutica indicada para a FA não valvular: 2,0-3,0. É através do cálculo da fração de todos os valores de INR determinados num período temporal, que se encontram entre os valores desejados, que podemos auferir se um utente apresenta um correto balanço entre eventos tromboembólicos e hemorrágicos.

Objetivo: Determinar a proporção de utentes anticoagulados com AVK por FA com tempo em intervalo terapêutico (TTR) igual ou superior a 70%.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. A população foi constituída pelos utentes da unidade de saúde que frequentaram a CH de janeiro a dezembro de 2017. A amostra incluiu apenas os utentes anticoagulados por FA. Foi avaliado o TTR médio da USF e em quantos utentes este seria igual ou superior a 70%. As variáveis incluíram o género, idade e comorbilidades dos doentes, o número total de determinações de INR e as que estariam dentro e fora do intervalo terapêutico. Os dados foram recolhidos do programa informático SClínico(R) e tratados em Excel(R) pelos autores.

Resultados: De um total de 144 utentes medicados com AVK, apenas 87 foram incluídos na amostra, após exclusão dos casos de prótese valvular, embolia pulmonar, trombose venosa profunda, coagulopatia hereditária, miocardiopatia, início de NOAC durante o período temporal considerado e ainda número de determinações de INR inferior a 5. Verificou-se um predomínio do sexo masculino (57,5%) com uma média de idades 76 anos, sendo a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e dislipidemia as comorbilidades mais frequentes. Dos 87 utentes incluídos no estudo, apenas 31 (35,6%) apresentaram TTR igual ou superior a 70%,

sendo o TTR médio da USF de 63,6%. Foram realizadas 1113 determinações na USF: 61,55% encontravam-se no intervalo entre 2,0-3,0, 16,53% apresentaram valor inferior a 2,0 e 21,92% valor superior a 3,0.

Conclusões: Os resultados obtidos da amostra evidenciam que existem ainda cerca de 65% dos utentes com TTR inferior a 70%, o que aumenta o risco para a ocorrência de efeitos adversos. Evidencia-se ainda que cerca de 37% das determinações encontravam-se fora do intervalo terapêutico. Sendo assim, conclui-se que a qualidade de monitorização da hipocoagulação com AVK em doentes com FA é baixa, o que nos deve levar a implementar ou rever estratégias utilizadas nestes utentes, nomeadamente no que concerne a interações alimentares e/ou medicamentosas. Uma das medidas possíveis a implementar para combater esta situação poderá passar pela substituição do AVK por NOAC, dado que não necessitam de controlos periódicos de INR nem estão sujeitos às diversas interações como as comentadas anteriormente, medida esta a individualizar a cada utente.

Palavras-chave: Fibrilhação Auricular; Antagonistas da Vitamina K; TTR.

E-POSTER 84

ANÁLISE DA DIFICULDADE EM DEGLUTIR MEDICAMENTOS SÓLIDOS

Filipe Vieira; Sara Teles; Catarina Teles Branco; João Paulo Guimarães
Angelini Farmacêutica Lda., Algés

A dificuldade em deglutir medicamentos sólidos sem patologia ou problemas anatómicos associados é uma perturbação que ocorre com alguma frequência. Para avaliar este problema, realizou-se um estudo observacional envolvendo 1.362 indivíduos, entrevistados em farmácias de Lisboa e Porto. A disfagia para medicamentos sólidos sem patologia associada afeta 18,3% desta amostra, sendo mais frequente nas mulheres e nos indivíduos mais jovens. O tamanho do comprimido é determinante na dificuldade em engolir, que é maior para formas farmacêuticas de maior dimensão. Dos inquiridos com dificuldade em deglutir medicamentos sólidos, 13,0% admitiu ter deixado de tomar a medicação segundo prescrito devido a este problema. Algumas das estratégias utilizadas para ultrapassar o problema (triturar, partir ao meio, dissolver) podem ter impacto significativo ao nível da eficácia e segurança do medicamento. É importante que os profissionais de saúde sejam sensibilizados para este problema, no sentido de abordarem este assunto com os doentes e terem a preocupação de incluir este aspeto na seleção da formulação mais adequada, especialmente nos indivíduos em que o problema é mais evidente, nomeadamente, junto da população pediátrica e geriátrica.

E-POSTER 85

ESCLEROSE MÚLTIPLA EM CONTEXTO LABORAL — CASO CLÍNICO

Alexandre Afonso; Vítor Pinheiro; Francisco Marques; Patrícia Ferraz; Catarina Pestana; Isabel Antunes

Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A esclerose múltipla é uma doença crónica, inflamatória e degenerativa, que afecta o Sistema Nervoso Central. O prognóstico depende de vários factores individuais, apresentando uma esperança média de vida de trinta anos desde o aparecimento da doença. A atuação do Médico do Trabalho numa situação menos comum, no que diz respeito à adaptação do trabalhador à sua atividade e vice-versa merece esposição e discussão.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, sem antecedentes de patologia relevante, técnica de radiologia que teve 2 episódios compatíveis com crises convulsivas, que motivaram acompanhamento por Neurologia em ambulatório por suspeita de esclerose múltipla.

Realizou vários MCDT que levantaram a suspeita de diagnóstico diferencial de neuroborreliose, tendo ficado internada em Infeciologia para confirmação do diagnóstico e tratamento. Apesar de ter feito terapêutica empírica, o diagnóstico não se confirmou.

Estabelecido o diagnóstico de esclerose múltipla na consulta de Neurologia e iniciada terapêutica adequada.

Recorreu a consulta de Medicina do Trabalho por dificuldades no desempenho das suas tarefas laborais, nomeadamente nas que exijam minúcia e movimentos de precisão.

Após avaliação das queixas, especificidades da doença e do trabalho que desempenha foi emitida ficha de aptidão com as recomendações de que deve evitar tarefas de minúcia, precisão ou que envolvam esforços físicos, bem como efectuar horário fixo.

Conclusão: É importante o correcto diagnóstico de doenças naturais que afectam o desempenho profissional para que seja possível adaptar o trabalho ao trabalhador e vice-versa. Neste caso foi possível manter o posto de trabalho com os condicionalismos necessários para permitir a maior estabilização da doença, sem prejuízo do desempenho laboral.

E-POSTER 86

PRIMUM NON NOCERE — SUPLEMENTAÇÃO COM ÁCIDO FÓLICO NA GRAVIDEZ E O RISCO DE INSULINORRESISTÊNCIA

Mariana Vieira Martins; Rafaela de Passos
USF UarcoS-ULSAM; USF Gil Eanes – ULSAM

Introdução e objetivos: As recomendações relativas à vigilância da gravidez preconizam a suplementação com ácido fólico, na dose de 400ug/dia, na ausência de risco acrescido de defeitos do tubo neural. Esta deverá ser iniciada pelo menos dois meses antes da suspensão do método contraceptivo e continuada até às doze semanas de gestação. Apesar disso, é prática regular a prescrição de doses 12.5 vezes superiores ao recomendado, frequentemente iniciada no decurso da gestação e mantida após o encerramento do tubo neural.

Perante estes dados foi levantada a hipótese da existência de associação entre a suplementação com doses supra-terapêuticas de ácido fólico e a ocorrência de efeitos metabólicos nefastos nos descendentes, nomeadamente a insulinorresistência. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo rever a evidência científica relativamente à segurança da administração de ácido fólico em doses superiores às recomendadas.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em dezembro de 2017 com os termos *MeSH acid folic, pregnancy* e *insulin resistance* nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse; Guidelines Finder; Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase; Cochrane Library; e PubMed*. Selecionaram-se artigos em inglês, publicados nos últimos cinco anos, envolvendo humanos, e utilizou-se a taxonomia SORT (Strenght Of Recommendation Taxonomy) para a avaliação do nível de evidência e atribuição da força de recomendação.

Resultados: Foram obtidos catorze artigos, dos quais três se enquadravam nos critérios de inclusão definidos: uma revisão sistemática e dois ensaios clínicos aleatorizados e controlados.

Conclusão: A evidência encontrada indica que níveis maternos de ácido fólico elevados predizem uma maior adiposidade e insulinorresistência nos descendentes. Apesar do número de artigos afetos à hipótese colocada ser reduzido, a evidência que demonstram, poderá ser útil para induzir os clínicos a refletir sobre a (in)segurança da suplementação com doses superiores às recomendadas, salvaguardando sempre o benefício do doente, e enfatizando o princípio primordial da Medicina Primum non nocere.

E-POSTER 87

TÉTANO NA VIA VERDE DE AVC

César Matos¹; António Assunção²; Luísa Valente³; Sara Machado¹; Rui Marques¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²USF Viriato - Viseu; ³Centro Hospitalar do Nordeste

Introdução: O tétano é uma doença infecciosa rara nos países desenvolvidos, tendo como agente etiológico o *Clostridium tetani*. A clínica não se deve à invasão tecidual pela bactéria, mas à neurotoxina que esta produz, atetanospasmia. Esta produz efeitos opostos no sistema nervoso central, onde provoca espasticidade e nos nervos periféricos, onde induz paralisia.

Trata-se de uma doença que pode ser eficazmente prevenida através da profilaxia primária (vacinação) ou secundária (profilaxia pós-exposição).

No caso particular de Portugal, o tétano é uma doença de notificação obrigatória. Atualmente, verificam-se menos de 10 casos por ano desde 2003.

O contágio ocorre habitualmente após feridas penetrantes profundas que criam condições propícias ao crescimento de bactérias anaeróbicas. As portas de entrada mais frequentes são as feridas nos membros inferiores, injeções intramusculares não estéreis e fraturas expostas. No entanto, em até 30% dos doentes, não é encontrada a porta de entrada.

O seu período de incubação varia desde 24 horas até vários meses.

O diagnóstico do tétano é clínico, baseado na semiologia e na história. Os exames laboratoriais têm um papel muito limitado, sobretudo nos casos de apresentação típica. Apesar da apresentação típica, a extrema raridade da doença nos países desenvolvidos, leva frequentemente a atrasos no diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, autónoma, sem medicação habitual e antecedentes pessoais conhecidos, com Plano Nacional de Vacinação por atualizar.

Admitida no Serviço de Urgência após ter sido encontrada caída no domicílio. Apresentava quadro com 3 dias de evolução descrito como “disartria, desvio da comissura labial, associado a cefaleias, disfagia e parestesias a nível dos 4 membros, com diminuição da força generalizada”. Ao exame neurológico: nistagmo horizontal à direita, hiperextensão cervical marcada, disartria moderada, rigidez muscular e espasticidade marcada a nível dos 4 membros com contrações de repetição sobretudo a nível da cintura escapular, região cervical e face, com trismus exuberante e sudorese intensa.

Ao exame objetivo foi constatada lesão traumática infetada no polegar da mão direita, com exsudo purulento.

Objetivada Paragem Cardiorespiratória em assistolia por

provável hipoxia secundária a trismus marcado, com recuperação espontânea da circulação em 1 minuto.

Realizou TAC-CE que documentou apenas lacunas isquémicas crônicas, sem alterações agudas. Analiticamente com lesão renal aguda ligeira, rabdomiólise (CK 3651) e líquido cefalorraquidiano não inflamatório. Exsudação no polegar com isolamento de *Escherichia hermannii* e *Klebsiella oxytoca*.

Ficou internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com o diagnóstico de tétano na forma generalizada com critérios de gravidade, realizando terapêutica com baclofeno intratecal e dantroleno e com disfunção autonômica com suporte aminérgico.

Durante o internamento de 35 dias realizou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol (10 dias), imunoglobulina humana e imunização anti-tetânica (com após reforço 4 semanas), sedada 25 dias com Propofol, Midazolam, Fentanilo e Rocurônio.

Teve como intercorrências: intoxicação com baclofeno com reflexos tronculares abolidos e pneumonia associada aos cuidados hospitalares tendo realizado levofloxacina 10 dias.

Discussão: O caso apresentado em pleno século XXI é interessante pela raridade desta patologia nos países desenvolvidos, pela a necessidade de uma atuação correta, a qual exige um elevado índice de suspeição.

O diagnóstico precoce é fundamental, dada a frequente necessidade de internamento em UCI.

A nível profilático deve considerar-se profilaxia primária, encarar todo o contacto com o doente como uma oportunidade para colher a história de imunizações e corrigir eventuais lacunas. Na profilaxia secundária, conhecer e aplicar corretamente as recomendações de profilaxia pós-exposição.

Este caso revela ainda falhas na cadeia dos cuidados de saúde primários na monitorização e imunização comunitária.

E-POSTER 88

DOENÇA DE WHIPPLE — QUANDO UM QUADRO DE ARTRALGIAS CONDUZ A UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Filipa Neves; Isabel Martins

USF São João da Talha

Introdução: A doença de *Whipple*, uma doença rara, é causada pela infeção por *Tropheryma Whipplei*, uma bactéria Gram positiva. É mais prevalente em homens caucasianos de meia-idade, estando descrita numa proporção de 8:1 (*ratio* homens:mulheres). O modo de transmissão não está bem esclarecido, mas a via fecal-oral é admitida como provável. Foram, ainda, descritos casos em agricultores, podendo a contaminação através do solo ser admitida como via de transmissão possível. A doença clássica

caracteriza-se por quadro de artralguas de características migratórias, sendo este o primeiro sintoma, em 80-90% dos casos. Pode acompanhar-se de febre e elevação dos marcadores inflamatórios, bem como de sintomas gastrointestinais como diarreia, anorexia, perda de peso e dor abdominal. O quadro de malabsorção intestinal pode traduzir-se por anemia, presença de sangue oculto nas fezes e hipoalbuminemia e ao exame objetivo podem identificar-se linfadenopatias e hepatoesplenomegalia. Este quadro pode culminar numa síndrome consumptiva severa (com perda de peso significativa). O gold-standard para o diagnóstico é o exame histológico de uma peça intestinal e efetua-se pela observação de macrófagos infetados com *T.Whipplei*.

Caso clínico: CB, F, caucasiana, 63 anos, autónoma, reformada de profissão de hotelaria e, atualmente, mantém funções como cuidadora de jardim. Família nuclear, classe de Graffar média. Recorre à consulta por agravamento de quadro de artralguas com 4-5 meses de evolução, associado a anorexia e perda de peso marcada, no mês anterior. Como antecedentes pessoais, destaca-se coxalgia com dificuldade progressiva na deambulação e canal cervical estenótico. A doente teria tido seguimento em consulta de reumatologia anos antes, tendo sido admitido quadro de poliartrite seronegativa. Das análises requisitadas, destaca-se Hb 11g/dL, anisocitose com predomínio de micrócitos, leucócitos 10x10⁹/L, VS 63, ferritina 295, PCR 4,1, CA 125 elevado, eletroforese com fração de albumina diminuída e P50F+. Do resultado da TAC abdomino-pélvica requisitada, no decorrer da investigação clínica, salienta-se a presença de múltiplas adenopatias infradiaphragmáticas e densificação da raiz do mesentério. Apesar de serem requisitadas endoscopia digestiva alta e colonoscopia, não foram realizadas antes da referenciação aos cuidados hospitalares. Foi encaminhada para o serviço de urgência, por agravamento da situação clínica, com perda de peso acentuada (cerca de 16Kg) e anorexia marcada, incapacitantes. Teve internamento para esclarecimento diagnóstico, com diagnóstico definitivo, através de biópsia de adenopatia com positividade para coloração PAS e *Wharthin*.

Conclusão: A Doença de *Whipple*, apesar de rara, constitui um importante diagnóstico diferencial em doentes com um quadro insidioso de perda de peso e artralguas, podendo numa fase mais avançada, mimetizar uma síndrome linfoproliferativa ou uma doença reumática. Outros diagnósticos diferenciais incluem síndromes de malabsorção, sarcoidose, entre outras. Um diagnóstico precoce e tratamento adequado melhoram o seu prognóstico. É importante que os clínicos estejam alerta para o reconhecimento desta entidade, uma vez que mais de 50% dos doentes

com doença clássica de *Whipple* são diagnosticados, de forma equívoca, com doença reumática e poderão ser tratados com fármacos imunossupressores (ex.corticóides) que determinam a disseminação da infeção, com consequências que podem ser fatais. Tendo em conta que os sintomas osteoarticulares constituem uma queixa comum na consulta de MGF, é importante reconhecer que a associação de artralguas com outros sintomas, como anemia, presença de sangue nas fezes ou perda de peso, pode conduzir a diagnósticos inesperados e que o seu reconhecimento atempado pode ser determinante para o sucesso terapêutico e pode, mesmo, ser *life-saving*.

E-POSTER 89

A SAÚDE SEXUAL — UMA REALIDADE ESQUECIDA?

Rita Fonseca; José Carlos Santos; Inês Peyroteo; Renato Mota
Serviço de Urologia do Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A Andrologia estuda a patologia sexual e a fertilidade masculinas, assumindo uma importância cada vez mais premente na sociedade portuguesa. A Endocrinologia, a Urologia e a Psiquiatria são as especialidades médicas mais direccionadas para a diferenciação de consulta específica de Andrologia, sendo que no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi a Urologia que implementou essa consulta. Assim a referência criteriosa dos doentes à consulta de Andrologia assume uma importância cada vez maior, sendo o objectivo deste trabalho caracterizar a mesma.

Objectivo: Avaliar a referência à consulta de Andrologia entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2016.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva da casuística da consulta de Andrologia entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2016 (consulta dos registos clínicos de 176 das 187 primeiras consultas de Andrologia).

Resultados e conclusões: 51% dos doentes encontravam-se na faixa etária entre os 60 e 70 anos, o que demonstra o aumento da longevidade da população portuguesa e a necessidade cada vez mais frequente da abordagem da patologia sexual independentemente da idade do utente. Cerca de 63% dos doentes foram referenciados por disfunção erétil, 16% por encurvamento peniano e 8% por disfunção ejaculatória.

54% dos doentes foram referenciados pelos colegas de Cuidados de Saúde Primários e 84% não haviam iniciado terapêutica de primeira linha à data da consulta.

A população referenciada à consulta de Andrologia por disfunção sexual caracteriza-se por uma elevada percentagem de doentes que nunca efectuaram qualquer tratamento. Na disfunção erétil há uma persistente privação da primeira linha terapêutica quer nos CSP quer

nas consultas hospitalares, traduzindo não só a ausência de estratificação de risco da população nessas consultas segundo os critérios de Princeton III mas também uma dificuldade na valorização deste domínio da qualidade de vida pelos profissionais de saúde referenciadores.

A saúde sexual é ainda uma área com pouca valorização no sistema de saúde delegando-se em consultas de última linha de acesso as primeiras linhas terapêuticas disponíveis. A informação dos profissionais de saúde e a sua formação nesse domínio é crucial para a melhoria da qualidade de vida da população quer nos CSP quer nas consultas hospitalares.

E-POSTER 90

IDENTIFICAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE — DAS NORMAS À REALIDADE

Manuel Lopes; Daniel Ferreira; Patrícia Cardoso; Cristina Carvalho; Teresa Ministro; Lurdes Nery; Lino Ministro; Dora Alves; António Lemos
Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco; Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: A prática da correta identificação dos doentes e proteção dos seus dados clínicos têm uma importância emergente no panorama médico atual. As falhas na identificação dos doentes encontram-se entre as principais causas de erro na prescrição de medicação, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como de perdas a nível financeiro, podendo ainda contribuir para a má experiência por parte do utente.

A segurança é um elemento essencial para a confiança dos cidadãos nos sistemas de saúde. Nesse sentido surgiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, proposto no despacho nº 1400A/2015 do Ministério da Saúde, que promove uma política no sentido de evitar incidentes de segurança na prestação de cuidados de saúde. Um dos objetivos estratégicos deste Plano visa assegurar a identificação inequívoca dos doentes e promover ações que cultivem a segurança.

Neste enquadramento, este estudo pretende averiguar a implementação dos objetivos referidos no despacho nº 1400A/2015, por parte da Unidade de Saúde Familiar (USF) Grão Vasco.

Objetivo: 1. Auditar os procedimentos de identificação dos doentes pelos profissionais da USF.

2. Determinar o grau de cumprimento das medidas de confidencialidade e proteção de dados clínicos pelos profissionais da USF.

Material e métodos: O presente estudo decorreu na USF Grão Vasco, tendo sido composto por duas partes:

1) Auditou-se, entre os dias 17 e 19 de Janeiro de 2018, o momento de identificação do utente por cada grupo de profissionais, nos seguintes passos:

- Secretários clínicos (n=4): a solicitação de um documento de identificação válido ao utente (n=40) – Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade.

- Enfermeiros (n=7): a confirmação da identificação do utente antes da realização de qualquer procedimento (n=35).

- Médicos (n=6): a chamada telefónica do utente de modo audível e claro e a confirmação da identificação do doente no início da consulta (n=18).

2) Auditou-se, no dia 22 de Novembro de 2017, o cumprimento das medidas de confidencialidade e proteção dos dados clínicos por parte dos profissionais de saúde de acordo com o Regulamento Interno de Confidencialidade e Proteção de Dados da USF.

Resultados e conclusões: Na identificação pelos secretários clínicos verificou-se que em 8 doentes a identificação não foi corretamente realizada. Quanto à consulta de enfermagem, num total de 35 doentes atendidos, em 12 deles a identificação não foi adequadamente feita. Na identificação pelo médico, todos cumpriram o primeiro momento de identificação havendo um total de 6/18 doentes em que não foi cumprido o segundo passo da identificação.

Os profissionais de enfermagem são os que menos procedem à confirmação da identificação do doente, o que na maioria das vezes é justificado pela grande proximidade de população com a qual estão a lidar, algo transversal à classe médica e que justifica que o segundo momento da identificação não seja cumprido.

Relativamente à auditoria da confidencialidade e proteção dos dados clínicos, verificou-se, face à auditoria realizada no ano anterior, um maior cumprimento em não abandonar o computador com a sessão iniciada bem como em não deixar contactos indiretos fora do devido local.

De acordo com o artigo 4º da lei nº 12/2005, compete às unidades do sistema de saúde impedir o acesso de terceiros aos processos e informação clínica, situação à qual a USF poderá estar ainda vulnerável, dada a ausência de total cumprimento das medidas propostas pelo Regulamento Interno.

Em suma, a correta identificação dos utentes aliada à preservação da confidencialidade são aspetos vitais na segurança do doente. São de realçar melhorias significativas, sobretudo no que à confidencialidade diz respeito, com a contínua revisão das normas já existentes e a formação dos profissionais. Futuras auditorias permitirão perceber que aspetos, em cada USF, são mais pertinentes de serem melhorados.

E-POSTER 91

UM CASO DE ALOPECIA NUMA MULHER JOVEM

Ana Sabugueiro; José Manuel Costa

USF Âncora

Introdução: A alopecia é um problema bastante frequente nos cuidados de saúde primários e traduz-se numa grande fonte de preocupação e angústia para os doentes. Esta tem muitas causas diferentes podendo ser de etiologia primária ou estar associada a uma doença de base. Inicialmente a alopecia é classificada em não cicatricial ou cicatricial, sendo que nesta última existe destruição dos folículos capilares. Dentro das alopecias não cicatriciais incluem-se a alopecia androgenética, a alopecia areata, o eflúvio telogénico, a tinea capitis, a alopecia de tração e a tricotilomania. Quanto às alopecias cicatriciais estas podem-se subdividir em primárias – de causa inflamatória – ou secundárias a um processo infeccioso, inflamatório, traumático ou neoplásico. O diagnóstico da alopecia geralmente feito através de uma boa história clínica e exame objetivo, porém em certos casos pode ser necessária a realização de biópsia ou exames analíticos.

Caso clínico: Mulher de 35 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de espondilite anquilosante, diagnosticada em 2013. Recorre ao Médico de Família com queixas de queda do cabelo generalizada, descamação do couro cabeludo e sensação de picadas com 4 meses de evolução. Suspeitou-se de dermatite seborreica com sobre-infeção fúngica e medicou-se com terbinafina e clobetasol. Foi-lhe também aconselhado a não usar o cabelo apanhado com força. Ao fim de 2 meses, verificou-se ausência de resposta terapêutica e agravamento da queda de cabelo. Por dúvida diagnóstica referenciou-se para a tele dermatologia. Passados 5 meses o quadro agravou-se agora com a presença pequenas placas, descamação, eritema e dor ao toque no couro cabeludo, tendo-se então suspeitado de etiologia auto-imune. Foi-lhe prescrita corticoterapia sistémica de curta duração e tópica com melhoria acentuada do eritema, da descamação e da dor. Em consulta privada de Dermatologia foi diagnosticada com Psoríase e prolongada a corticoterapia. Quanto à resposta ao pedido de tele dermatologia, a doente foi diagnosticada com alopecia androgenética e sugerida terapêutica com minoxidil, todavia, na altura em que foi realizado o pedido, não havia sinais inflamatórios. Atualmente a doente mantém as falhas de cabelo e não se verifica crescimento capilar de novo. Está a aplicar ocasionalmente um corticóide tópico, iniciará terapêutica com minoxidil e será referenciada para consulta de dermatologia para esclarecimento.

Conclusão: A alopecia representa um grupo heterogéneo de patologias com diferentes etiologias, apresentações e tratamentos. Nesta doente surgiram várias hipóteses

diagnósticas quanto à causa da alopecia, as quais ainda hoje não estão completamente esclarecidas. O facto de andar sempre com o cabelo apanhado pode traduzir uma alopecia de tração, no entanto esta caracteriza-se geralmente por perda de cabelo na região frontal e temporal, o que não se verificou. Quanto à tinea capitis, que era uma hipótese inicial, não se observou qualquer melhoria com a terapêutica dirigida, tendo sido excluída. A hipótese de alopecia androgenética é possível, todavia, a doente é jovem, encontra-se em idade fértil e sem evidência de problemas hormonais, o que levanta algumas dúvidas quanto ao diagnóstico. Em relação à alopecia secundária a uma doença auto-imune é um diagnóstico provável dado ao antecedente pessoal de espondilite anquilosante, à história clínica e exame objetivo assim como a resposta terapêutica. A maioria dos casos de alopecia diagnosticados e tratados nos cuidados de saúde primários pelo que é importante conhecer o diagnóstico diferencial entre os vários tipos de alopecia, realizar uma avaliação clínica adequada e estar atento ao contexto do doente e aos seus antecedentes patológicos. A dificuldade diagnóstica e terapêutica encontrada neste caso demonstra que nem sempre estas situações são lineares e devemos estar preparados para alterar o nosso raciocínio e pedir ajuda quando necessário.

E-POSTER 92

MELANOMA MALIGNO AMELANÓTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Helena Almeida; Marina Mar Rodrigues; Filipa Rodrigues
UCSP Azambuja

O melanoma trata-se de um tumor cutâneo com elevado poder metastático, cuja incidência está a aumentar a uma velocidade superior à de qualquer outra neoplasia. Este surge mais frequentemente em homens, população na qual mortalidade por esta patologia é maior, particularmente acima dos 50 anos. São mais frequentemente encontrados no dorso e face, no caso dos homens, ou nos membros, no caso das mulheres. Os melanomas plantares e sub-ungueais são bastante raros. O melanoma amelanótico trata-se de uma entidade de difícil identificação, que deve ser colocada como hipótese de diagnóstico de todos os nódulos que apresentem um rápido crescimento. Apesar do nome sugerir a ausência de pigmento, estas lesões apresentam normalmente algum pigmento castanho, o que deve alertar o médico. Estes nevos apresentam frequentemente telangiectasias e são normalmente mais vascularizados que os nevos intradérmicos.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 79 anos, viúva, a residir sozinha em habitação própria, sem antecedentes de relevo. A doente recorreu a uma consulta de enferma-

gem no centro de saúde por apresentar lesão de difícil cicatrização a nível do pé esquerdo. Quando questionada acerca da evolução da lesão a doente refere que terá notado o aparecimento de uma mancha, ocasionalmente pruriginosa, de coloração arroxeadada na planta do pé esquerdo, que desvalorizou durante cerca de um ano. Na sequência de prurido intenso, surgiram lesões de coceira, com conseqüente ulceração da lesão e notório agravamento progressivo, o que motivou a procura dos cuidados de saúde primários. Após observação, a enfermeira pediu a colaboração do médico de família da doente. Ao exame objetivo, apresentava uma lesão nodular, ulcerativa, de localização acral, mais especificamente na face plantar do pé esquerdo, ao nível da 1ª articulação metatarso-falângica, com cerca de 3 cm de maior diâmetro, sangrante e de crescimento exófitico. Dado o longo tempo de evolução e a suspeita de lesão maligna, a doente foi imediatamente referenciada à consulta de dermatologia do hospital de referência, através do sistema ALERT, no qual terá sido sinalizada como prioritário. Após observação por dermatologista, foram colocadas as hipóteses de melanoma maligno amelanótico ou porocarcinoma, tendo-se realizado biópsia incisional da lesão no próprio dia. O resultado anátomo-patológico evidenciou a presença de “melanoma maligno amelanótico, ulcerado, invasivo de toda a derme representada na amostra, com 5mm de espessura”. Atualmente, a doente encontra-se a aguardar a decisão multidisciplinar relativa à abordagem terapêutica, já se encontrando orientada no sentido de fazer um correto estadiamento da patologia.

Dado o seu aspeto atípico, o melanoma maligno amelanótico apresenta um tempo médio de diagnóstico em volta dos 13 meses, o que leva a um diagnóstico tardio e excisão de lesões já em estadios muito avançados. Sendo a espessura de *Breslow* o maior preditor de sobrevida no melanoma, e apresentando este caso uma espessura > 4mm, estamos perante uma taxa de sobrevida a 5 anos de 50%, o que condiciona fortemente a atitude terapêutica. É importante insistir na educação dos doentes para sinais de alarme que eles possam reconhecer, nomeadamente no que diz respeito a afeções da pele e faneras, de maneira a que, e perante uma alta suspeita clínica, casos como estes sejam atempadamente referenciados e tratados. O médico de família tem aqui um papel fulcral não só na educação, ensino e aconselhamento do doente, mas também na avaliação e deteção de lesões suspeitas que possam ser prontamente orientadas de forma mais eficaz e benéfica para o doente.

E-POSTER 93

ACTIVIDADE EM CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ana Karina Abreu; Giovanni Cerullo; Margarida Carrancho; Margarida Rodrigue; Dagoberta Lima

USF Farol; Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Introdução: Os Cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida de pessoas com problemas decorrentes de uma doença grave e/ou incurável e com prognóstico limitado, prevenindo e aliviando o sofrimento, identificando e tratando precocemente e com todo o rigor os problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, numa abordagem holística.

Com este trabalho pretende-se descrever a actividade assistencial desempenhada em consulta externa pela equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) de um Hospital Universitário.

Material e métodos: Para a realização deste trabalho descritivo retrospectivo, foram consultados os processos dos doentes observados em consulta externa de Cuidados Paliativos pela EIHSCP entre 01.01.2017 a 31.12.2017, construindo-se uma base de dados e analisando a mesma com recurso ao programa *Excel*[®].

Resultados: Foram contabilizadas um total de 663 consultas, correspondendo 215 (32,4%) a primeiras consultas. Dos 272 doentes observados, 156 eram do sexo masculino (57,4%), com uma média de idades de 74 anos (de 37 até 95 anos).

Em relação à proveniência do pedido de consulta externa encontramos: 19,7% dos doentes foram referenciados pela Oncologia Médica, seguida pela Pneumologia com 14,9%. Os 3 diagnósticos mais frequentes nas primeiras consultas foram: o cancro colo-rectal em 40 doentes (18,6%), seguido de cancro do pulmão em 32 (14,9%) e estômago em 23 (10,7%). Dos doentes observados em consulta, 144 (70%) faleceram e 16 (7,4%) foram transferidos para a Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos (EDSCP) ou para a EIHSCP da sua área de residência. O tempo médio de seguimento na consulta externa foi de 235 dias (de 1 até 1095 dias).

Conclusões: As consultas de Cuidados Paliativos permitem o controlo sintomático e a melhoria da qualidade de vida dos doentes durante a sua permanência no domicílio. A importância de proceder à avaliação da casuística da consulta externa impõe-se face à necessidade de caracterizar os utentes de modo a otimizar a prestação de cuidados. Os dados obtidos mostram-nos um tempo de seguimento relativamente curto, dado que a população que seguimos quer pela sua idade avançada quer pelas suas comorbilidades tem consequentemente uma sobrevida menor. Este facto pode ainda ser poten-

ciado por uma referenciação tardia dos doentes, sendo fundamental a formação dos profissionais de saúde no reconhecimento precoce dos casos paliativos.

E-POSTER 94

USO DE ANTIBIÓTICOS NOS ÚLTIMOS DIAS DE VIDA

Giovanni Cerullo; Ana Karina Abreu; Dagoberta Lima; Ana Lopes
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve USF Farol

Introdução: Um dos princípios dos Cuidados Paliativos assenta na melhoria da qualidade de vida dos doentes, evitando atitudes medicamente fúteis. A utilização de antibióticos não altera o prognóstico dos doentes em fim de vida, mas em determinadas situações pode conferir conforto ao doente nomeadamente se febre ou sintomas decorrentes de quadro infeccioso.

Com este trabalho pretende-se averiguar a utilização de antibioterapia e as suas circunstâncias, em doentes paliativos internados nos seus três últimos dias de vida.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo. Análise do processo clínico e da prescrição farmacológica dos últimos 3 dias de vida dos doentes falecidos num Serviço de Medicina Interna, de 01/06/2017 até 01/12/2017.

Resultados: Dos 95 doentes internados durante o período de análise, 85 (89%) eram doentes com necessidades de cuidados paliativos, segundo os critérios da OMS e NECPAL[®]. Destes, 55 (64,7%) apresentavam doença infecciosa, tendo 41 (74,5%) foco infeccioso respiratório, 10 (18,2%) urinário e 4 (7,3%) outro. Dos 85 doentes, 78 (91,7%) encontravam-se em tratamento antibiótico intravenoso no último dia de vida, e destes, 20 (25,6%) encontravam-se em tratamento com um antibiótico de largo espectro (2º antibiótico). No último dia de vida, dos que se encontravam em tratamento antibiótico: 4 (5,1%) apresentavam temperatura febril (>37,8°C) tendo antipirético prescrito em SOS, os restantes 74 (94,9%) não tinham febre, e destes 35 (47,3%) encontravam-se em tratamento com antipirético em esquema fixo.

Discussão/conclusões: Os doentes falecidos no Serviço de Medicina Interna com indicação para Cuidados Paliativos representam uma percentagem dos óbitos não indiferente e infelizmente não são reconhecidos como tais tendo até aos últimos dias de vida tratamento farmacológico fútil que em nada contribui para o seu conforto. Apesar de os doentes se encontrarem em tratamento antibiótico, apenas alguns tinham febre, encontrando-se a maioria apiréticos e com medicação antipirética fixa, que é a melhor opção para o controlo sintomático. Comparativamente com outros estudos nacionais, apresentamos uma taxa de utilização de antibioterapia superior, o que nos leva a concluir que ainda existe um longo percurso

a percorrer na abordagem e acompanhamento destes doentes.

E-POSTER 95

PODEMOS RECOMENDAR A VACINA CONTRA O HPV A RAPAZES?

Miguel Toureiro e Paiva¹; Cláudia Penedo¹; Inês Peyroteo²

¹USF Emergir, ACES Cascais; ²Serviço de Urologia, IPO Lisboa

Introdução: Os planos de vacinação atuais focam-se primariamente, no que toca ao Vírus do Papiloma Humano (HPV), na vacinação de crianças ou adolescentes do sexo feminino. No entanto, a prevalência de doenças, como neoplasias, relacionadas com o HPV em rapazes e homens jovens não pode ser desprezada.

Objetivo: Rever a evidência disponível acerca das recomendações da vacina contra infeções por HPV em rapazes adolescentes.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *Bandolier*, *BMJ Evidence-Based Medicine*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *The Cochrane Library*, *DARE – Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness – Centre for Reviews and Dissemination*, *National Guideline Clearinghouse*, *NICE Evidence Search* e *PubMed – MEDLINE*, utilizando os seguintes termos MeSH: *papillomavirus vaccines*, *male* e *adolescent*. Pesquisou-se ainda a informação disponibilizada pela Direção-Geral da Saúde.

A pesquisa foi limitada a artigos escritos em inglês e português publicados nos últimos 5 anos.

Os critérios de exclusão foram a inconformidade com o objetivo da pesquisa, a redação noutros idiomas e a duplicação de artigos. Para avaliar o nível de evidência foi utilizada a escala *Strenght Of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Dos 948 artigos obtidos, foram selecionados 21 que cumpriam os critérios de inclusão: 4 Ensaio Clínicos, 3 Estudos Observacionais, 4 Revisões Sistemáticas, 5 Modelos estatísticos e 5 Orientações Clínicas, Recomendações ou Consensos.

Sendo a implementação da vacina para os rapazes no plano nacional de vacinação de vários países uma realidade pouco comum, a maior parte dos resultados disponíveis está condicionada tanto em termos temporais como de população estudada. Apesar disto, parece haver benefício na vacinação de adolescentes do sexo masculino contra o HPV (Nível de Evidência 2).

Por outro lado, pelo facto de a vacinação no sexo feminino estar presente de uma forma mais generalizada, é mais frequente a abordagem da protecção dos homens no sentido da imunidade de grupo. Ainda assim, a bibliografia selecionada recomenda a vacinação dos ho-

mens, pelos efeitos benéficos tanto a nível pessoal como colectivo. Neste aspecto, em algumas situações abordam-se grupos populacionais específicos: Homens que fazem Sexo com Homens e Imunocomprometidos (Nível de Evidência 1).

Em termos de custo-eficácia, apesar de não constar do objetivo desta revisão, mesmo os artigos que a encaram como obstáculo, reconhecem a eficácia e valor da vacinação.

Discussão/conclusão: A vacinação é a forma mais efetiva de prevenir infeções provocadas pelos génotipos contidos na vacina (DGS).

A nível mundial, tem-se tornado cada vez mais evidente a importância da vacinação contra o HPV. A implementação desta vacina não se resume à prevenção do cancro do colo do útero: resulta numa diminuição significativa na incidência de determinados casos de patologia anogenital não apenas em indivíduos vacinados, acrescentando o benefício da imunidade de grupo nos não vacinados. Assim, parece ser recomendada a vacinação contra o HPV no sexo masculino (SORT B).

Palavras-chave: Vacina, Vírus do Papiloma Humano, Rapaz, Adolescente.

E-POSTER 96

Trabalho retirado

E-POSTER 97

DEPRESSÃO NO IDOSO: ALGORITMO DE ATUAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Carolina Tojal¹; Daniela Duarte²; Nuno Pinto³

¹USF Espaço Saúde, ACeS Porto Ocidental; ²USF Brás Oleiro, ACeS Gondomar; ³USF Fânzeres, ACeS Gondomar

Introdução: O envelhecimento da população é um fenómeno crescente a nível mundial. Em Portugal, os idosos constituem cerca de 21% da população (dados de 2016). A senescência compromete de forma progressiva a saúde física e psicológica, reduzindo a qualidade de vida dos idosos. Para além disto, este período acarreta uma mudança no ciclo de vida que coloca os idosos numa posição de especial vulnerabilidade ao desenvolvimento de patologia depressiva. A depressão geriátrica apresenta-se, assim, como um problema comum nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). No entanto, considera-se que a depressão geriátrica esteja a ser, atualmente, subdiagnosticada e subtratada. A ausência de um procedimento de rastreio padronizado desta doença na população idosa, as suas manifestações atípicas e a desvalorização dos sintomas pelo doente e familiares podem explicar esta situação. Uma vez que, para além do impacto na saúde mental do indivíduo, esta patologia contribui de

forma relevante para o aumento da morbimortalidade, torna-se importante a adoção de um procedimento de rastreio padronizado de depressão no idoso, através da utilização de instrumentos de fácil aplicação e validade, quer para o rastreio, quer para o seguimento destes utentes.

Objetivos: Desenvolver um algoritmo de rastreio, diagnóstico e abordagem terapêutica da depressão no idoso em CSP.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos de revisão, revisão sistemática, guidelines e casos clínicos na base de dados *MEDLINE*, publicados nos últimos 10 anos, em inglês e português, utilizando os termos *MeSH Depression e Aged*. Pesquisa manual online e seleção dos artigos pertinentes.

Resultados e conclusões: O diagnóstico de depressão geriátrica é estabelecido através dos critérios de depressão major propostos no DSM-5. Nesta faixa etária, e ao nível dos CSP, são manifestações comuns de depressão a presença de queixas álgicas, alterações de memória, alterações ponderais, anorexia, abuso de álcool e outras substâncias e isolamento social. Na suspeita de depressão no idoso ou de forma sistemática (uma vez por ano a todos os idosos), o Médico de Família deve aplicar uma escala de rastreio de depressão no idoso (por exemplo, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ou EDG- versão curta - escalas validadas para a população portuguesa), no sentido de evitar o subdiagnóstico, identificar os idosos em risco e fazer a referência dos casos que exigem uma intervenção urgente. Posteriormente à aplicação da escala, é necessário um estudo complementar para estabelecer o diagnóstico definitivo. A realização de uma anamnese completa, com pesquisa de todos os sintomas de depressão major, é essencial. Deve ainda fazer-se uma avaliação da duração e gravidade dos sintomas, existência de episódios depressivos/maníacos prévios, sintomas psicóticos, problemas cognitivos, abuso de álcool ou de outras substâncias e avaliação do risco de suicídio. O estudo analítico, revisão da terapêutica, avaliação cognitiva e, em última instância, TC cerebral, devem fazer parte do estudo no sentido de excluir causas secundárias. A presença de sinais de alarme (sintomas depressivos graves ou em agravamento, sintomas psicóticos, limitação funcional ou alto risco de suicídio) devem exigir uma intervenção urgente. O tratamento de primeira linha pode envolver a psicoterapia e/ou antidepressivos (AD). A psicoterapia é recomendada na depressão ligeira a moderada. A escolha do AD deve ser individualizada de acordo com as comorbidades, interações farmacológicas e antecedentes de resposta prévia. As diferentes classes de AD são igualmente eficazes,

sendo a dose efetiva igual à utilizada na população mais jovem. Os AD tricíclicos, pelos seus efeitos adversos, devem ser preteridos. Os AD devem ser titulados de forma lenta até à dose eficaz. A reavaliação da terapêutica deverá ser feita após 6 semanas.

A propósito desta revisão foi criado um algoritmo de atuação onde se sistematiza a abordagem clínica da depressão no idoso.

E-POSTER 98

“QUEDA PARA O DIAGNÓSTICO” — ATUAÇÃO DO MÉDICO DO TRABALHO NUM CASO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Diogo Correia; Branca Carrito

Serviço de Saúde Ocupacional do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil.

Introdução: A Esclerose Múltipla é uma doença neurológica inflamatória que provoca desmielinização axonal e consequente destruição neuronal ao nível do sistema nervoso central. Caracteriza-se por um curso crónico, altamente variado e imprevisível, com implicações na vida privada e profissional.

Caso clínico: Assistente operacional do sexo feminino, com 41 anos, a exercer funções no serviço de alimentação e dietética da instituição empregadora, que apresentou dois acidentes de trabalho por queda da própria altura num curto intervalo de tempo sem que estes tivessem resultado de negligência na utilização dos equipamentos de proteção individual nem desconformidades no âmbito da segurança no trabalho. Na investigação clínica realizada, a colaboradora aponta “tendência pessoal para quedas” e queixas ocasionais de parestesias das extremidades o que suscitou ao Médico do Trabalho a suspeita de possível doença neurológica. Foi encaminhada a consulta de Neurologia que procedeu ao estudo do quadro clínico estabelecendo o diagnóstico de Esclerose Múltipla. Verificaram-se desde então múltiplos períodos de agudização da doença que motivaram incapacidade crescente. Após avaliação clínica e das especificidades da doença e do posto de trabalho, o Médico do Trabalho verificou inaptidão para o desempenho das funções habituais da colaboradora. Procedeu ainda ao estudo de postos de trabalho adequados à colaboradora em causa, tendo esta sido integrada na central telefónica onde se verificou total aptidão para o exercício das funções propostas sem prejuízo para a sua saúde e bem-estar e para a dinâmica da instituição empregadora.

Conclusão: O diagnóstico da Esclerose Múltipla é sobretudo clínico. Esta é habitualmente monossintomática apresentando-se habitualmente, numa fase inicial, com recaídas seguidas por recuperação plena e mais tarde

com agudizações com remissões incompletas, acumulando-se a incapacidade. O exercício da actividade laboral em funções que exijam maior esforço físico e stress podem levar a recaídas com agravamento da doença e consequente agravamento das incapacidades. Cabe ao Médico do Trabalho, pela proximidade que tem com os trabalhadores, a identificação de condições clínicas suspeitas. Desta forma abre a porta ao correcto diagnóstico de doenças naturais, especialmente quando afetam o desempenho profissional, de forma a poder atuar na perfeita adequação do posto de trabalho ao trabalhador promovendo o seu bem-estar e minimizando o constante agravamento da doença.

Patient Care[®]

Uma relação de confiança



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS

 A. MENARINI PORTUGAL	 ALFA WASSERMANN ALFASIGMAGROUP	 ANGELINI	 AstraZeneca	 Atral
 Instituto Becel POR UMA VIDA SAUDÁVEL	 Boehringer Ingelheim	 Bristol-Myers Squibb	 Pfizer	 FERRAZLYNCE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS, S.A.
 GRÜNENTHAL	 LABORATÓRIOS VITÓRIA	 LEO	 LIDEL	 MEDINFAR Compromisso com a Saúde
 MERCK	 mundipharma	 Mylan Better Health for a Better World	 NATIRIS desde 1971 o cuidar de sua saúde	 Nestlé HealthScience Where Nutrition becomes Therapy
 NORGINE	 tecnimede	 Unilabs		

SECRETARIADO

admedic +
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.montes@admedic.pt
paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DAS JORNADAS

admedic +
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526