



idoso

10º CONGRESSO
NACIONAL

1º Simpósio
Luso-Espanhol

20-21 | maio | 2016

Centro de Congressos de Vilamoura
Tivoli Marina Hotel

Programa
Científico



Consultar
Programa Científico

Geriatría 2016

A idade & o conhecimento
aliados no futuro





Uma Medicina transversal e agregadora

O envelhecimento populacional é hoje um fenómeno universal que merece reflexão. Constitui um desafio transversal a todos os setores da sociedade, onde se inclui obviamente a Ciência e a Medicina. A abordagem ao doente idoso é complexa – implica, muitas vezes, gerir várias comorbilidades – e obriga a ter sempre presente um olhar holístico, multidisciplinar.

Agravar este fenómeno demográfico é subir a fasquia deste desafio. Significará gerir doentes ainda mais complexos. A sociedade vai exigir aos médicos não só a cura, mas também maior qualidade de vida para os idosos. Importa, pois, refletir sobre o presente e preparar o futuro.

É minha convicção de que este Congresso dará um forte contributo a todas estas mudanças que se avizinham, tanto mais que, este ano, estamos aqui no Algarve a refletir no plano nacional e no plano ibérico. Isto porque, ao 10.º Congresso Nacional do Idoso se adicionou também o 1.º Simpósio Luso-Espanhol.

Como sabemos, em Espanha existe a especialidade de Geriatria. Não sendo esta a realidade em Portugal, o nosso propósito é o de construir uma reunião científica sólida na área da medicina da senioridade, que tem características muito particulares.

A Medicina do idoso é transversal a várias especialidades e a muitos profissionais de saúde. E é por isso que no Centro de Congressos de Vilamoura estão representados especialistas das mais variadas áreas, garantes maiores da qualidade científica deste Congresso.

Votos de uma excelente estadia e bom trabalho!

José Canas da Silva
Presidente da Comissão Organizadora



Comissão de Honra

PRESIDENTE: PROF. DOUTOR MARCELO REBELO DE SOUSA Presidente da República

PROF. DOUTOR ADALBERTO CAMPOS FERNANDES Ministro da Saúde > **DR. JOSÉ ANTÓNIO VIEIRA DA SILVA** Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA** Bastonário da Ordem dos Médicos > **DR. JOSÉ MARIA DA SILVA HENRIQUES** Presidente do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos > **DR. RUI NOGUEIRA** Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar > **DRA. ROSA VALENTE DE MATOS** Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP > **PROFA. DOUTORA ANA CLARA DE SOUSA BIRRENTO MATOS SILVA** Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social > **ENFA. ANA RITA CAVACO** Bastonária da Ordem dos Enfermeiros > **PROF. DOUTOR TELMO MOURINHO BAPTISTA** Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses > **DR. MANUEL DE LEMOS** Presidente do Secretariado Nacional da União das Misesicórdias Portuguesas > **DR. VÍTOR MANUEL GONÇALVES ALEIXO** Presidente da Câmara Municipal de Loulé



Comissão Organizadora

PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA Professor Catedrático de Psiquiatria Jubilado da FMUP; Presidente Cessante da Sociedade de Psiquiatria e Saúde Mental (2009-2012); Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras), Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina; Membro Honorário da *World Psychiatry Association* (WPA); Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa (ASMELP) > **DRA. ANABELA PINTO** Especialista em Gastroenterologia, Assistente Hospitalar Graduada de Gastroenterologia, CUF Alvalade > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja + (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **PROFA. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Diretor de Serviço no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, Tocha > **DR. MANUEL COSTA MATOS** Chefe de Serviço de Medicina Interna; HPP, Hospital de Cascais > **DR. PAULO PINA** Assistente de Medicina Interna; Doutorando em Medicina e Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade de Cardiologia de Intervenção, Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE



Comissão Científica

PRESIDENTE: PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA Professor Catedrático de Psiquiatria Jubilado da FMUP; Presidente Cessante da Sociedade de Psiquiatria e Saúde Mental (2009-2012); Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras), Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina; Membro Honorário da *World Psychiatry Association* (WPA); Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa (ASMELP)

PROF. DOUTOR A. GALVÃO-TELES Professor Jubilado de Endocrinologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Presidente do Observatório de Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP); Presidente do Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (NEDO); Coordenador do Centro de Endocrinologia do Hospital da CUF > **PROF. DOUTOR ALFREDO MOTA** Chefe de Serviço de Urologia; Diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Professor de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. BENEDITA NUNES** Diretora do Serviço Social no Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada > **DR. BONNET MONTEIRO** Chefe de Serviço de Medicina Interna, Hospital de S. João, Porto > **PROF. DOUTOR CARLOS VAZ** Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Assistente Graduado de Reumatologia, Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Hospital de S. João, Porto > **DR. CELSO PONTES** Chefe de Serviço de Neurologia; Presidente do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos; Consultor da APFADA e da Sociedade Portuguesa de Neurologia > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja + (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Assistente de Clínica Geral; Sávila, EDP > **ENFA. EMÍLIA DE ALMEIDA PINHEIRO** Enfermeira Chefe, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. FÁTIMA ROMÃO** Chefe de Serviço de Ginecologia, Hospital do SAMS, Lisboa > **DR. FERNANDO VAZ GARCIA** Responsável Clínico da EQUI - Clínica da Vertigem e Desequilíbrio, Hospital Particular de Lisboa > **PROFA. DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **PROF. DOUTOR GERMANO DE SOUSA** Especialista em Patologia Clínica; Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, Lisboa > **DRA. INÊS GUERREIRO** Especialista em Sociologia; Ex-Coordenadora da Rede de Cuidados Continuados Integrados > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JOÃO DANTAS CARDOSO** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia; Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta, Lisboa > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Diretor de Serviço no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, Tocha > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna; Responsável da Consulta de Lipidologia do Departamento de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Bastonário da Ordem dos Médicos > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SIMÕES** Professor Catedrático; Departamento de Geografia da Universidade de Lisboa > **DR. LEOPOLDO MATOS** Diretor Clínico do Hospital dos



Lusiadas; Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia > **DR. MANUEL COSTA MATOS** Chefe de Serviço de Medicina Interna; HPP, Hospital de Cascais > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço de Urologia; Serviço de Urologia do Hospital St. Louis, Lisboa > **DRA. MARIA DO CÉU SANTO** Ginecologista e Obstetra no Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE e Hospital da Luz, Lisboa; Competência em Sexologia Clínica pela Ordem dos Médicos; Coordenadora do Núcleo de Medicina Sexual da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Pós-Graduação em Anti-Envelhecimento > **PROFA. DOUTORA MARIA JOÃO GOMES** Professora Catedrática de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa > **PROFA. DOUTORA PAULA SANTANA** Professora Catedrática; Instituto de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra



Comissão de Avaliação de Posters

PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

ENFA. ANA MATILDE CABRAL Enfermeira responsável das Consultas Externas do Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DRA. ANABELA PEREIRA** Assistente graduada de Medicina Física e de Reabilitação; Diretora do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do CMRC - Rovisco Pais, Tocha > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Assistente de Clínica Geral; Sávila, EDP



Presidentes, Moderadores e Palestrantes

PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA Professor Catedrático de Psiquiatria Jubilado da FMUP; Presidente Cessante da Sociedade de Psiquiatria e Saúde Mental (2009-2012); Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitalares), Braga; Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina; Membro Honorário da *World Psychiatry Association* (WPA); Presidente da Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa (ASMELP) > **DR. ALMEIDA NUNES** Especialista em Medicina Interna; Hospital dos Lusiadas, Lisboa > **ENFA. ANA MATILDE CABRAL** Enfermeira responsável das Consultas Externas do Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DRA. ANABELA PEREIRA** Assistente Graduada de Medicina Física e de Reabilitação; Diretora do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do CMRC - Rovisco Pais, Tocha > **DR. ANTÓNIO PEDRO MACHADO** Assistente Graduado de Medicina Interna, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE > **PROF. DOUTOR ARMANDO MANSILHA** Assistente Hospitalar Graduado de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar de S. João; Professor Convidado de Angiologia e Cirurgia na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DRA. BENEDITA NUNES** Diretora do Serviço Social no Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada > **PROF. DOUTOR CARLOS VAZ** Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); Coordenador do Curso Internacional de Geriatria Clínica da FMUP; Reumatologista do Centro Hospitalar S. João, Porto > **DR. CARLOS VERDEJO BRAVO** Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid; Vicepresidente 1.º Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja + (ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo) > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Assistente de Clínica Geral; Sávila, EDP > **DR. DANIEL BRAGA** Especialista em Endocrinologia, Braga > **DR. FILIPE FROES** Assistente Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE > **DR. GUSTAVO REIS** Assistente Hospitalar de Pneumologia, Hospital de Santarém, EPE > **PROFA. DOUTORA HELENA CARDOSO** Especialista em Endocrinologia, Hospital de Santo António, Porto > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JOSÉ A. LÓPEZ TRIGO** Hospital Quirón; Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia e Andrologia, Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. JOSÉ CHAVES CAMINHA** Especialista de Pneumologia e Medicina Intensiva; Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto > **PROF. DOUTOR JOSÉ LUIZ MEDINA** Professor Catedrático Jubilado da FMUP, Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Consultor da DGS, Membro da APDP > **DR. JOSÉ M. MARÍN CARMONA** Unidad de memoria Ayuntamiento de Málaga; Presidente Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontologia > **DR. JOSÉ MARINHO** Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar; Coordenador de USF Santa Joana, Aveiro > **DR. LUÍS ABREU NOVAIS** Professor Convidado, CEDE-Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa > **DRA. MARIA DO CÉU SANTO** Ginecologista e Obstetra no Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, e Hospital da Luz, Lisboa; Competência em Sexologia Clínica pela Ordem dos Médicos; Coordenadora do Núcleo de Medicina Sexual da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Pós-Graduação em Anti-Envelhecimento > **DR. MIGUEL CARVALHO** Urologista, Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada > **DRA. MONTAÑA ROMÁN GARCÍA** Presidenta de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontologia > **DRA. PAULA SIMÃO** Especialista em Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos > **PROF. DOUTOR PAULO SANTOS** Médico de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina do Porto > **PROF. DOUTOR PEDRO MONTEIRO** Especialista em Cardiologia; CHUC, Cardiologia, UCIC > **PROF. DOUTOR PEDRO VON HAFE** Especialista em Medicina Interna do Centro Hospitalar S. João, Professor na Faculdade de Medicina do Porto > **DR. ROCHA MENDES** Especialista em Urologia, Hospital dos Lusiadas, Lisboa > **DRA. ROSA LÓPEZ MONGIL** Coordinadora del Grupo de Trabajo Nacional de Nutrición; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **PROF. DOUTOR RUI NUNES** Professor Catedrático, Diretor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; *Head of the Portuguese Unit, International Network – UNESCO Chair in Bioethics* > **PROFA. DOUTORA SANDRA VILARINHO** Presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica > **DR. SÉRGIO BAPTISTA** Consultor de Cardiologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora > **DR. SÉRGIO SANTOS** Assistente Hospitalar de Urologia; Hospital CUF Cascais > **DRA. SOFIA CORREDOURA** Especialista em Medicina Interna, Lisboa > **DR. VIRIATO HORTA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Clínica Europa, Carcavelos





- 08.00h Abertura do Secretariado
- 09.00-10.30h **SESSÃO 1 VELHAS DOENÇAS, TERAPÊUTICAS ATUAIS**
Moderadores: Dr. José Marinho e Prof. Doutor José Luiz Medina
Insuficiência cardíaca (15m)
Dr. António Pedro Machado
Hipertensão arterial e moduladores do SRAA (15m)
Dr. Sérgio Baptista
Diabetes e dislipidémias (15m)
Dr. Almeida Nunes
O papel da enfermagem no Idoso diabético (15m)
Enfa. Ana Matilde Cabral
Perguntas & respostas (30m)
-
- 10.30-11.00h Intervalo
-
- 11.00-11.20h **CERIMÓNIA DE ABERTURA**
- 11.20-12.00h **DEBATE EUTANÁSIA: QUE LEGISLAÇÃO?**
Comentadores: Dr. José Canas da Silva e Dr. José A. López Trigo
Palestrantes: Dra. Isabel Galriça Neto e Prof. Doutor Rui Nunes
- 12.00-13.00h **SIMPÓSIO DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS NO IDOSO**
Moderador: Dr. José Canas da Silva
Palestrantes: Prof. Doutor Armando Mansilha e Dra. Cristina Maia e Costa
-
- 13.00-14.00h Almoço
-
- 14.00-15.20h **SESSÃO 2 FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO**
Moderadores: Dr. Filipe Froes e Dra. Cristina Maia e Costa
Diagnóstico da DPOC (20m)
Dr. Gustavo Reis
Como ler as espirometrias (20m)
Dr. José Chaves Caminha
A vacinação (20m)
Dr. Filipe Froes
Perguntas & respostas (20m)
-
- 15.20-16.20h **SIMPÓSIO CORAÇÃO E PULMÃO: EVIDÊNCIA ROBUSTA PARA DESAFIOS NO MUNDO REAL**
Moderadora: Dra. Sofia Corredoura
Palestrantes: Prof. Doutor Pedro Monteiro e Dra. Paula Simão
-
- 16.20-16.40h Intervalo



16.40-18.00h

SESSÃO 3 FALAR SEM VERGONHA

Moderadoras: Dra. Benedita Nunes e Dra. Cristina Galvão

Obstipação e incontinência anal (20m)

Dr. Luís Novais

La nutrición y los suplementos dietéticos / Nutrição e suplementos alimentares (20m)

Dra. Rosa López Mongil

Da solidão à depressão (20m)

Dra. Cristina Galvão

Perguntas & respostas (20m)

18.00h

Fim das Sessões do 1.º dia



Programa Científico

21
maio
2016

Sábado

07.30h

Abertura do Secretariado

08.00-09.00h

Apresentação de Posters Seleccionados

09.00-10.30h

SESSÃO 4 PREVENIR É O MELHOR REMÉDIO

Moderadores: Dr. José Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas

Vitamina D (20m)

Dr. Viriato Horta

Quedas (20m)

Prof. Doutor Carlos Vaz

Exercício físico e reabilitação (20m)

Dra. Anabela Pereira

Perguntas & respostas (30m)

10.30-11.00h

Intervalo

11.10-12.00h

SESSÃO 5 SEXUALIDADE NO IDOSO

Moderadores: Profa. Doutora Sandra Vilarinho e Dr. Rocha Mendes

Masculino (20m)

Prof. Doutor A. Pacheco Palha

Feminino (20m)

Dra. Maria do Céu Santo e Dr. Sérgio Santos

Perguntas & respostas (10m)

12.00-13.00h

SIMPÓSIO GESTÃO DA DT2; BUMPY ROAD

Moderadora: Profa. Doutora Helena Cardoso

Palestrantes: Prof. Doutor Pedro Von Hafe e Dr. Daniel Braga



13.00-14.00h Almoço

14.00-15.00h **SIMPÓSIO LUTS/HBP: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO DOENTE**

Palestrantes: Prof. Doutor Paulo Santos e Dr. Miguel Carvalho



15.00-16.40h **SESIÓN 6 / SESSÃO 6 PROBLEMAS MÁS COMUNES EN PERSONAS MAYORES LUSO – ESPAÑOLAS / PROBLEMAS COMUNS NOS IDOSOS LUSO–ESPANHÓIS**

Moderadores: Dr. José Canas da Silva e Dra. Rosa López Mongil

Incontinencia urinaria / Incontinência urinária (20m)

Dr. Carlos Verdejo Bravo

Enfermedad de Alzheimer y otras demencias / Doença de Alzheimer e outras demências (20m)

Dr. José M. Marín Carmona

Estreñimiento y impactación fecal / Obstipação e impactação fecal (20m)

Dra. Montaña Román García

Dolor crónico en el anciano / Dor crónica no Idoso (20m)

Dr. José A. López Trigo

Preguntas & respuestas / Perguntas & respostas (20m)

16.40-17.40h Apresentação de Posters selecionados

17.40h Encerramento do Congresso e entrega de Certificados



idoso

10º CONGRESSO NACIONAL

1º Simpósio Luso-Espanhol





Resumos dos Posters



P 01

BURNOUT DO CUIDADOR, UMA REALIDADE

Ana Lúcia Soares, Sílvia Conceição
USF Farol, Centro de Saúde de Faro

Introdução: O envelhecimento da população é cada vez mais uma realidade traduzindo-se, por vezes, em situações de dependência de terceiros. É neste contexto que surge o papel do cuidador que auxilia o idoso nas suas necessidades físicas e biológicas mas que também auxilia na dimensão emocional, psicológica e social.

Caso clínico: Homem de 85 anos, reformado, casado, independente nas atividades de vida diária, vivendo sozinho com a sua esposa. Antecedentes Pessoais: HTA, diabetes, HBP medicado e controlado. Há cerca de 3 meses sofre queda no domicílio com fratura alinhada do colo de fémur. O doente é visto no SU de ortopedia e enviado para o domicílio com analgesia e indicação para repouso absoluto durante 6 semanas.

O idoso passa a depender dos cuidados da esposa, também reformada, para alimentação, administração de medicação e cuidados de higiene. Rapidamente esta cuidadora se torna insuficiente e é necessária a intervenção do seu filho, que passa também a assumir o papel de cuidador.

São realizadas visitas domiciliárias pela sua MF que deteta o surgimento de úlceras de pressão nos calcâneos e necrose das pontas dos dedos do doente devido à sua imobilização prolongada.

O filho diz já não conseguir assumir os cuidados do seu pai uma vez que trabalha o dia inteiro. Perante esta situação de Burnout do cuidador a MF opta por referenciar o doente para uma Unidade de Reabilitação.

Discussão/Conclusão: O MF encontra-se numa situação privilegiada para identificar situações de Burnout do cuidador. Nestas situações é importante tentar arranjar apoios e soluções para o cuidador utilizando os recursos ao dispor do MF como a referência e articulação com a Unidade de Cuidados Continuados Integrados da região.

P 02

EFEITO BORBOLETA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

Ana Isabel Silva, Cristiana Caetano, Adriana Rubín, Leonor Matias
USF D. Jordão

A retenção urinária aguda é considerada uma urgência urológica, tanto pelo desconforto que condiciona como pelas consequências que pode originar. A sua causa pode ser de origem vesical, prostática ou uretral, devendo a sua investigação ocorrer de forma célere para permitir o tratamento atempado de eventuais patologias neoplásicas e/ou infecciosas.

As autoras descrevem um caso de um homem de 76 anos, leucodérmico, agricultor aposentado, divorciado, independente nas AVD, que reside com a sua filha de 18 anos. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, à exceção de HTA controlada com anti hipertensor diário.

À data de 7 de Junho de 2015 recorre ao serviço de urgência (SU) do Hospital da área de residência, Centro Hospitalar do Oeste (CHO) por dor abdominal aguda, tendo alta com diagnóstico de GEA, medicado com loperamida e Saccharomyces boulardii. A 12 de Junho regressa ao mesmo SU por quadro de anúria com evolução de 48h, associada a distensão e desconforto abdominal, sem vômitos, diarreia, febre ou outros sintomas associados. Do exame objetivo realizado ressalta o abdómen distendido, RHA+, globo vesical palpável, hérnia inguinal

direita redutível e a ausência de sinais de desidratação. Da avaliação analítica destaca-se a leucocitose (14 500/uL) com neutrofilia (82%), ureia de 144 mg/dl e creatinina de 4,4 mg/dl. A TC abdomino-pélvica revelou volumoso globo vesical, rins normodimensionados, com dilatação da árvore excretora esquerda e discreta ectasia da árvore excretora direita, próstata simétrica, aumentada e heterogénea. Foi realizada tentativa de algaliação sem sucesso, sendo referenciado ao SU de urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC). A urologia optou pela colocação de cateter supra-púbico e reenviou o doente ao CHO com indicação para referência a consulta de urologia urgente (para estudo etiológico da obstrução) e realização de anti-bioterapia com quinolona. No dia seguinte teve alta para o domicílio com estabilização da função renal (creatinina: 1,2 mg/dl), sem queixas, medicado com ciprofloxacina 500mg 1cp 12/12h e indicação para recorrer ao médico de família (MF) a fim de ser referenciado a consulta de urologia urgente e manutenção de cateter supra-púbico. Nessa mesma noite retorna ao SU por exteriorização do cateter e no dia seguinte por obstrução por coágulo.

Ao 7º dia de doença vai a consulta com a sua MF por desconforto supra-púbico, sem drenagem de urina pelo cistocater. Foi realizada tentativa de reperiabilização do cateter, sem sucesso, sendo referenciado ao SU do CHO no momento e a consulta de urologia com urgência (posteriormente agendada para 19/01/2016).

Ao 10º dia de doença recorre novamente à MF por insónia intermitente, agravamento do estado cognitivo e agitação com várias tentativas de exteriorização do cateter supra-púbico. Tendo em conta o quadro de agitação psico-motora, opta-se pela referência ao SU de psiquiatria (CHLC). É internado para controlo e investigação do quadro de agitação psico-motora. Tendo sido excluída causa orgânica foi estabelecido o diagnóstico de episódio maníaco inaugural em contexto de doença bipolar. Ao 32º dia de internamento é reenviado ao CHO por prostração no contexto de ITU. Após tratamento da ITU teve alta médica mas a filha não se sentia capaz de assegurar os cuidados ao pai, tendo em conta o seu estado de saúde, ficando a aguardar vaga em instituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A 5 de Agosto a MF visita o doente no CHO que se encontrava emagrecido, desorientado e agitado, totalmente dependente de terceiros.

Este relato de caso pretende alertar para a complexidade do seguimento correto de um doente, apesar da implementação de programas nacionais como o da Consulta a Tempo e Horas.

A medicina geral e familiar pressupõe uma visão abrangente, longitudinal e integrada do doente, possibilitando, num contexto ideal, que o MF estabeleça uma articulação adequada com os cuidados de saúde secundários. Infelizmente, na prática clínica diária, muitos são os obstáculos que se colocam e a realidade fica aquém do ideal. A gestão adequada dos recursos humanos do SNS e a fomentação da comunicação entre os serviços primários e secundários é urgente e permitiria certamente ultrapassar muitos dos entraves com que os utentes e profissionais de saúde se debatem diariamente.

P 03

DA POLIMIALGIA REUMÁTICA AO MIELOMA MÚLTIPLO: QUANDO A ANEMIA É O SINAL COMUM

Andreia Gonçalves, Ana Sofia Rua, Luís Ribeiro, Rita Bandarra,
Teresa De Santis
USF Marquês de Marialva

Enquadramento: A anemia é um problema comum na prática clí-



nica, principalmente em idosos. A anemia das doenças crónicas, tipicamente normocítica/normocrómica, pode estar presente numa variedade de patologias como doenças infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas e, em muitos casos, pode ser multifatorial pela elevada incidência de doenças nesta faixa etária.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 71 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorre à consulta por quadro de artralgias na região cervical, cintura escapular e pélvica, associadas a rigidez matinal prolongada e dificuldade marcada na deambulação com um mês de evolução e agravamento progressivo. Objetivamente apresentava dor e limitação à mobilização dos ombros e ancas, edemas das mãos e tornozelos. Dada a elevada suspeita de Polimialgia Reumática e limitação funcional significativa foi instituída terapêutica com prednisolona e pedido estudo analítico revelando anemia normocítica/normocrómica (11g/dl), VS 112mm/h e PCR 59,9mg/L. No seguimento analítico do doente e estudo de anemia foi requisitado novo estudo analítico que evidenciou melhoria dos parâmetros inflamatórios e proteinograma electroforético com pico monoclonal na banda gama. Foi referenciado para consulta de Hematologia onde se confirmou o diagnóstico de Mieloma Múltiplo (MM).

Discussão: A anemia pode estar presente na Polimialgia Reumática e é a complicação hematológica mais comum nos doentes com MM. Este caso pretende alertar para a importância do estudo adequado da anemia mesmo nos quadros clínicos em que a sua causa parece clara. Nesta situação, o diagnóstico atempado de MM possibilitou o tratamento adequado e atempado, influenciando positivamente a qualidade e sobrevida do doente.

P 04

EFICÁCIA DA DULOXETINA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NA MULHER ADULTA: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Raquel Marques, Lígia Sousa, Pedro Barbosa, Rita Lopes UCSP São Mamede, ULS Matosinhos USF Ramalde, ACeS Porto Ocidental USF Maresia, ULS Matosinhos USF Dunas, ULS Matosinhos

Introdução: A Incontinência Urinária de Esforço (IU-E) apresenta uma prevalência de 25 -45%. Estudos recentes sugerem que a duloxetine poderá ser uma opção eficaz no tratamento desta patologia.

Objetivos: Determinar evidência da eficácia da duloxetine no tratamento da IU-E em mulheres adultas.

Material e métodos: Pesquisa no Pubmed, bases de dados de medicina baseada na evidência e index de revistas médicas portuguesas de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e meta-análises, de 1/10/2005 a 1/10/2015, utilizando os termos *MeSH duloxetine e urinary incontinence, stress* bem como descritores portugueses equivalentes. Para atribuição de força de recomendação e de níveis de evidência utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)*.

Resultados: Foram encontrados 323 artigos. Foram selecionados uma NOC, duas meta-análises e uma RS. Vários ECAC cumpriam os critérios de inclusão mas não foram avaliados por já estarem incluídos noutros estudos. A NOC recomenda que a duloxetine pode ser usada em mulheres que procurem uma melhoria temporária dos sintomas da incontinência (*SORT-B*) e que deve ser iniciada com titulação de dose devido à alta taxa de efeitos secundários (*SORT-A*). A dose recomendada é de 80mg por dia (*SORT-A*). Quanto à RS e às meta-análises, as taxas de cura e a melhoria dos sintomas foram

consistentemente superiores nos pacientes tratados estudos com duloxetine do que com placebo (NE-1).

Discussão/Conclusões: Evidência sugere que a Duloxetine é uma opção terapêutica (*SORT-A*) mas, para a sua escolha, o médico deve considerar as características do fármaco e do paciente

P 05

NO IDOSO POLIMEDICADO QUE ESTRATÉGIAS ADOPTAR?

Ana Lúcia Soares, Sílvia Conceição USF Farol, Centro de Saúde de Faro

Introdução: O idoso, segundo a OMS, é todo o indivíduo com mais de 65. Considerando o envelhecimento progressivo da população nas últimas décadas, esta parte da população corresponde a uma grande percentagem dos doentes seguidos pelo Médico de Família (MF) na sua prática diária.

Com o envelhecimento surge naturalmente um aumento da prevalência de doenças crónicas e por conseguinte um idoso polimedicado.

Objetivo: Encontrar estratégias que melhorem a adesão à terapêutica no idoso polimedicado.

Métodos: Pesquisa de bibliografia na *Pubmed* e na *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.

Resultados/Discussão: Dos artigos lidos são vários os factores que influenciam a adesão à terapêutica nomeadamente: 85 ou mais anos, mais do que seis problemas de saúde crónicos activos, diminuição da função renal (clearance da creatinina estimada > 50mL/min), baixo peso ou baixo IMC, nove ou mais medicamentos, mais do que doze tomas de medicamentos por dia e reacções adversas prévias. Também podem ser apontadas as dificuldades de deglutição, dificuldades económicas, esquecimento, automedicação e a não efectividade do medicamento.

É necessário um trabalho em equipa (médico-enfermeiro-idoso-família), que promova a educação para a saúde através do benefício da terapêutica medicamentosa prescrita. A implementação de estratégias que auxiliem o correcto cumprimento terapêutico tal como a criação de uma guia terapêutica com a correcta identificação dos medicamentos e o horário da toma, a utilização de caixas multídose são uma mais valia. Os cuidados domiciliários e o envolvimento da família também aumentam os níveis de adesão.

Conclusões: A polimedicação nos doentes idosos é cada vez mais frequente acarretando inúmeros riscos. Cada vez mais o seguimento do idoso polimedicado é feito pelo MF pelo que a adopção de estratégias simples que aumentem a correcta adesão à terapêutica são fundamentais.

P 06

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO IDOSO – REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Guedes, Ana Luisa Gonçalves, Ana Rita Santos Silva Hospital da Luz- Luz Saúde

Introdução: O envelhecimento e a sua adaptação acarretam ao ser humano muitas mudanças, que por vezes exigem do indivíduo um esforço físico e psicológico adicional.

A promoção da esperança tem uma influência efetiva no coping, em períodos de perda, dependência e incerteza, contribuindo para a qualidade de vida. A esperança é descrita na literatura como complexa, multidimensional e dinâmica, altamente personalizada e subjetiva, é temporal, desenhando-se no passado, experienciando-se no presente e dirige-se para o futuro.

A equipa multidisciplinar responsável pelos cuidados ao idoso deverá adquirir competências que permitam implementar estratégias promotoras de esperança.

Objetivos: Descrever a importância da promoção da esperança no idoso; identificar estratégias promotoras de esperança.

Material e métodos: O método selecionado é a revisão integrativa da literatura. A pesquisa será realizada nas seguintes bases de dados internacionais: *PubMed, Medline, Medclatina, EBSCO, CINAHL, PsycINFO, Cochrane central, Cochane date of Systematic Review, Scielo, Google Académico*, e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Serão considerados resultados publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados nos últimos 10 anos.

Resultados: A fundamentação teórica evidencia que a Esperança constitui um investimento por excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano de um modo positivo, tornando-se numa forma inovadora e complementar de delimitação das experiências e vivências das emoções negativas.

Discussão/Conclusões: Os resultados dos estudos demonstraram que viver com esperança é um fator significativo que assiste os indivíduos na adaptação à sua doença, reduz a angústia psicológica, aumenta o bem-estar psico-social e a qualidade de vida.

P 07

OSTEOPOROSE NA DOENÇA DE PARKINSON: QUANDO RASTREAR?

Janine Correia, Juliana Caçoil, Tânia Sequeira, Inês Calvino, Carlos Bento
USF Oriente, UCSP Marvila

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) e a osteoporose são doenças crónicas associadas com o envelhecimento. Vários estudos reportaram associações entre estas duas entidades, nomeadamente no que concerne ao risco aumentado de fraturas.

Objetivos: Rever a evidência existente sobre o rastreio da osteoporose nos doentes com DP.

Métodos: Pesquisa de *guidelines*, meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos aleatorizados controlados nas línguas inglesa e portuguesa, na *PubMed* e em bases de dados de medicina baseada na evidência, nos últimos 10 anos. Utilizaram-se os termos *MeSH Parkinson's disease, screening e osteoporosis*.

Resultados: Os artigos selecionados evidenciaram que existe relação entre a DP e a osteoporose, a densidade mineral óssea (DMO) e o risco de fratura. Os doentes com Parkinson apresentam um risco aumentado de sofrer de osteoporose quando comparados com a população geral. A redução da massa óssea na DP parece ser causada principalmente pela mobilidade reduzida. Fatores endócrinos (como o défice de vitamina D), nutricionais e iatrogénicos também desempenham um papel importante na depleção da massa óssea. Sexo feminino, duração e gravidade da DP, idade avançada e baixo índice de massa corporal foram relacionados com osteoporose mais grave.

Conclusões: A evidência disponível suporta um risco aumentado de osteoporose nos doentes de Parkinson que deve alertar o clínico para a importância do rastreio, que deverá ser realizado precocemente no diagnóstico. Contudo, são necessários mais estudos, orientados para o paciente e não para a doença, que demonstrem o benefício para a saúde de rastrear precocemente para a osteoporose, todos os doentes com DP.

P 08

UM CANCRO DA MAMA FORA DA VALIDADE

Rita Bandarra, Catarina Bica, Andreia Gonçalves, Sofia Rua, Luís Ribeiro, José Augusto Simões
USF Marquês de Marialva

Enquadramento: O cancro da mama (CM) apresenta uma alta incidência e mortalidade sobretudo na mulher. Estima-se que em Portugal surgem diariamente 11 novos casos de CM. Ainda não são conhecidas medidas efectivas de prevenir ou curá-la independentemente do estágio, todavia sabe-se que mais de 90% das doentes com cancro podem ser adequadamente tratadas se diagnosticadas num estágio precoce, assim o exame clínico e à mamografia são fundamentais para este diagnóstico precoce.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, caucasiana, casada e reformada. Hipertensão medicada com lisinopril e hidroclorotiazida, sem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Recorre ao médico de família por nódulo mamário na mama esquerda, que detectou no dia anterior. Negava traumatismo ou outra sintomatologia associada. Ao exame objectivo palpava-se nódulo no quadrante inferior externo da mama esquerda, com cerca de 3 cm, fixo, limites mal definidos, indolor, condicionando retracção da pele. Solicitada mamografia de urgência que revelou "formação nodular de 22 mm com características muito sugestivas de malignidade, compatível com carcinoma." Referenciada para o Instituto Português de Oncologia de Coimbra tendo consulta 4 dias depois.

Discussão: O rastreio do CM na Administração Regional de Saúde do Centro é dirigido a mulheres assintomáticas com idade entre os 45-69 anos, já para a Direção-Geral da Saúde o intervalo compreende os 50-69 anos, assim pretende-se com este caso salientar a importância da valorização das queixas da doente independentemente da sua idade e do papel do Médico de Família na referenciação precoce destes casos.

P 09

UMA TRIÁDE COMPLEXA DE GERIR

Janine Correia, Juliana Caçoil, Inês Calvino, Carlos Bento
USF Oriente

Introdução: A Gota, uma das doenças reumáticas mais prevalentes no mundo, afeta maioritariamente homens idosos. Os pacientes com Gota têm frequentemente múltiplas comorbilidades que se podem influenciar entre si e atuar de forma sinérgica, com agravamento do estado geral.

Caso clínico: Homem, 81 anos, aposentado, família unitária. Da história conhecida destaca-se Diabetes mellitus tipo 2 (DM), Insuficiência Renal Crónica (IRC) e Gota. Recorreu, pela primeira vez, à unidade de saúde em março de 2016 para consulta de DM. Apresentava queixas de dores articulares generalizadas e "dificuldade em andar há mais de dois anos" (sic). À observação destacava-se marcha apoiada em canadianas e tofos gotosos exuberantes nas mãos, cotovelos e joelho. Analiticamente com HbA1c de 8.5%, TFG de 35mL/min e normocitemia (6.8mg/dL). Foi feito ajuste da medicação antidiabética oral à função renal e aconselhamento sobre a importância do cumprimento terapêutico. Foi pedido apoio ao serviço social e agendada reavaliação para maio.

Discussão: Este caso pretende alertar o médico para a complexidade da gestão do idoso com multipatologia, nomeadamente da tríade Gota, DM e IRC. A evidência demonstra que a IRC contribui para a progressão da Gota e que, concomitantemente, a Gota pode cursar



com ou sem hiperuricemia. A associação entre a contribuição da Gota para o agravamento de comorbidades como a DM e IRC parece ser cada vez mais evidente. O clínico deve estar atento ao diagnóstico, monitorização e tratamento destas patologias, de modo a prevenir a morbidade e mortalidade associadas, aumentando a qualidade de vida da pessoa idosa.

P 10

IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS NUMA AMOSTRA POPULACIONAL DA USF SÃO JOÃO DA TALHA

Adionilde Santos, Ivone Costa, João Rodrigo Ferreira, M^a do Rosário Faria Rodrigues
USF São João da Talha

Introdução: Na última década assistiu-se a um grande crescimento do mercado dos medicamentos genéricos, condicionando alterações que impuseram adaptações aos profissionais de saúde e utentes.

Objetivos: Avaliar o impacto da utilização de medicamentos genéricos numa amostra populacional da nossa USF.

Material e métodos: Estudo observacional descritivo e transversal, durante 2 meses, através da aplicação de um questionário previamente validado a uma amostra de conveniência. Variáveis: sexo, idade, escolaridade, realização de terapêutica farmacológica prévia, conhecimento, utilização, motivação e apreciação global sobre genéricos. Análise estatística através do SPSS® versão 22.

Resultados: Obtivemos uma amostra total de 440 questionários válidos, representando uma taxa de adesão de 75,6%. Neste estudo a maioria dos utentes tinha entre 25 e 60 anos, sexo feminino e escolaridade equivalente ao 9º ano; a maioria sabe o que são medicamentos genéricos, 63,2% apresenta-se satisfeito, 54% inicia genéricos por sugestão médica e 65,4% utiliza preferencialmente em doença aguda; 64,8% reconhece a possibilidade de escolha da marca na compra; 87,7% obteve redução dos custos; 50,6% afirmaram manutenção da eficácia e 54,2% da segurança face aos medicamentos de marca; 64,6% afirma não haver aumento de enganos quando a receita é prescrita por princípio ativo.

Discussão/Conclusões: Concluímos que a utilização dos medicamentos genéricos tem impacto económico, com redução dos custos, sem diminuição da segurança e eficácia, sendo que um terço referiu desconhecer poder escolher a marca do medicamento. Pretendemos com este estudo esclarecer e informar os utentes desmistificando o uso dos medicamentos genéricos.

P 11

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TREMORES

Joana Sarafana, Marta Renda
USF Ria Formosa USF Lauroé Algarve - ACES Central

Introdução: O tremor, caracterizado por um movimento involuntário, rítmico e oscilatório de uma parte do corpo, é a perturbação do movimento mais frequente e constitui uma queixa possível dos doentes ao Médico de Família.

Existem duas categorias de tremores: o normal ou fisiológico e o patológico.

Os tremores são classificados em dois grandes grupos: tremor de repouso, que ocorre num segmento corporal relaxado sem ação da gravidade e desaparece com o movimento voluntário; e tremor de ação, que ocorre durante a contração voluntária dos músculos, e subdivide-se em cinético, intencional, postural e isométrico.

Objetivo: Rever as principais características e classificações do tre-

mor e sistematizar os aspetos fundamentais da abordagem e diagnóstico diferencial do tremor.

Metodologia: Trabalho de revisão clássica da literatura que teve por base as guidelines publicadas pela *American Academy of Neurology (AAN)* e *American Family Physicians*, bem como o *Uptodate*.

Resultados e conclusão: A história clínica e o exame objetivo cuidados e adequados, constituem a base da abordagem do tremor a nível dos CSP.

A exclusão de causas de exacerbação, sejam condições clínicas como hipotireoidismo, hipoglicemia, ansiedade, entre outras, ou situações de abuso de determinados fármacos, constitui um passo fundamental na abordagem diagnóstica diferenciando o tremor fisiológico do patológico.

Classificar o tremor de acordo com a circunstância em que ocorre é uma ferramenta importante no diagnóstico diferencial. Permite identificar a provável etiologia e fisiopatologia subjacente, o que associado a outras características como a localização, a frequência e a presença de outros sinais/sintomas neurológicos orienta o diagnóstico e a posterior escolha da melhor opção terapêutica.

P 12

QUANDO A CLÍNICA É O MELHOR “EXAME” DIAGNÓSTICO

Diana Pires Fernandes, Carla Pinto, Joana Martins, Andrés Carrascal, Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A Cirrose Biliar Primária (CBP) é uma doença auto-imune de causa desconhecida, caracterizada por inflamação portal e necrose dos colangiócitos nos ductos biliares de médias e pequenas dimensões. Analiticamente, manifesta-se por um quadro colestático e em cerca de 90% dos pacientes os anticorpos antimitocondriais (AMA) são positivos.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, autónoma e polimedicação, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca, anemia e doença renal crónica em programa de hemodiálise.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro súbito de vómitos aquosos, náuseas e prurido abdominal com posterior atingimento corporal generalizado.

Ao exame objetivo não apresentava alterações. Analiticamente, constatou-se a existência de anemia, citólise hepática e colestase e, na ecografia, distinguia-se ligeira dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Imunologicamente verificou-se positividade de anticorpos antinucleares (ANA) e negatividade de AMA pelo que se realizou biópsia hepática que revelou hepatite crónica portal e de interface discretas com atividade lobular sem fibrose associada, aspetos que não permitiram a exclusão de CBP.

Foi iniciado tratamento com ácido ursodesoxicólico durante o internamento e, à data da alta (dia 4 de hospitalização), a paciente tinha melhoria sintomatológica e analítica.

Conclusão: Apesar dos AMA serem considerados marcadores clássicos no diagnóstico da CBP, existe uma pequena percentagem de doentes com outros perfis serológicos. Também nestes casos, é vantajoso o tratamento precoce com ácido ursodesoxicólico devido à sua capacidade para protelar a evolução da doença.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEIA NO IDOSO

Sandra Maia, Mafalda Pama, Inês Marques
UCSP Sete Rios

Introdução: As cefaleias são um dos motivos de consulta mais frequentes nos cuidados de saúde primários. Por constituir um desafio diagnóstico, esta queixa deve ser valorizada e explorada, sendo que no idoso o diagnóstico diferencial deve contemplar a arterite temporal.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 64 anos, com AP de gastrite crónica, patologia osteoarticular degenerativa, depressão e dislipidemia, medicada habitualmente com pantoprazol, pravastatina, amitriptilina e AINE's em SOS.

Recorre à consulta por cefaleia holocraneana de predomínio fronto-occipital, latejante, com fotofobia, com 2 meses de evolução, que cede à analgesia, perda ponderal e queixas osteoarticulares generalizadas. Da observação destacava-se apenas hipersensibilidade na palpação da região temporal. Analiticamente salientava-se: VS de 120mm/s. É enviada ao SU e fica internada para investigação. Dos ECD realizados destaca-se anemia microcítica hipocrômica, VS 120mm/s, PCR 8mg/dL e doppler das artérias temporais sugestivo de inflamação à direita. Tem alta medicada com prednisolona 40mg/dia e indicação para realizar biópsia da artéria temporal direita, que revelou processo inflamatório ligeiro e inespecífico com oclusão do lúmen, sem células gigantes. Apesar da biópsia ser inconclusiva, com clínica e doppler sugestivos, admitiu-se arterite de células gigantes, cumprindo esquema de corticoterapia durante 6 meses.

Discussão: O médico de família, como primeiro contacto do doente com os cuidados de saúde, deve estar preparado para, perante queixas inespecíficas, realizar uma anamnese cuidada e detalhada. Desta forma, diagnósticos como a arterite temporal serão realizados precocemente e a sua terapêutica instituída prevenindo as complicações associadas à patologia.

RACIOCÍNIO CLÍNICO E INCERTEZA EM MGF: A PROPÓSITO DE UMA DOR ABDOMINAL

Miguel Santos, Dilermando Sobral, Lígia Sousa, Mariana Cambão, Sandra Mimoso, Sara Correia
USF-Ramalde

Introdução: A interpretação da dor abdominal aguda constitui um desafio. Perante esta, a capacidade diagnóstica do Médico de Família, que observa doentes com queixas em fase precoce, é colocada à prova, sobretudo com idosos cujos sintomas podem estar camuflados.

Caso clínico: Z.C.G., 91 anos, viúva. Autónoma. Vive com a filha - família monoparental, Graffar classe IV e funcional pelo Apgar Familiar. AP: HTA, dislipidemia, osteoporose e diverticulose. MH: bisoprolol 2,5mg id, nitrendipina 20mg id, furosemida 40 mg id e sinvastatina 20mg id. Recorreu a consulta por vômitos, anorexia, obstipação e epigastralgia há um dia, irradiada aos quadrantes superiores do abdómen e dorso, acordando-a de noite. Agravava com movimentos e ingestão alimentar. Sem fatores de alívio. Negava febre. Apresentava-se pálida e desidratada, mas hemodinamicamente estável. Temperatura axilar de 38°C. Abdómen doloroso no epigastro e hipocôndrios; Blumberg, Murphy vesicular e renal negativos. Foram colocadas como hipóteses diagnósticas pancreatite ou colecistite agudas, oclusão intestinal e úlcera péptica, e referenciada ao SU. Apresentava leucocitose com

neutrofilia, PCR elevada, TC abdomino-pélvico com “coleção líquida sugestiva de abscesso, adjacente ao cólon direito com apêndice proeminente”. Foi assumida apendicite aguda perfurada com abscesso e realizada laparotomia, tendo a doente tido alta assintomática.

Discussão: Este caso clínico pretende ser chamada de atenção para a apendicite aguda no idoso. Nestes, a anamnese e achados físicos típicos podem estar ausentes, podendo o diagnóstico ser protelado e aumentada a incidência de complicações. A apendicite aguda neste extremo etário tem aumentado, em provável relação com a maior longevidade, obrigando a observação atenta.

PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Priscila Gonçalves, Bárbara Rocha, Ana Sá, Cecília Viano
Sesaram

Introdução: Os inibidores da bomba de protões (IBP) são uma classe de fármacos amplamente utilizada na prática clínica. Na população idosa, muitas vezes a sua utilização é crónica e sem uma indicação clara.

Objetivos: Rever a importância de reavaliar a continuidade da terapêutica com IBPs. Alertar para os efeitos da sua utilização a curto e longo prazo.

Material e métodos: pesquisa de artigos publicados nos últimos 5 anos nas seguintes bases de dados: Medline/Pubmed, Jama com as palavras-chave *proton-pump inhibitors, geriatrics, overuse adverse effects*. Consulta de publicações de revistas e artigos de opinião.

Resultados: OS IBPs são tomados sem uma indicação estabelecida, por 25-86% dos indivíduos idosos. Apesar do seu perfil de segurança favorável, quando utilizados a longo prazo podem estar associados a efeitos adversos, tais como: aumento do risco de fraturas, pneumonia adquirida na comunidade, doença renal, diarreia por *Clostridium difficile*, défices vitamínicos e ainda, eventos cardiovasculares. Em geriatria, a vigilância deve ser redobrada, não só devido a vulnerabilidade do grupo, bem como ao mau estado nutricional, polifarmácia e comorbilidades por vezes a estes associados, que aumentam o risco de resultados negativos. O Médico de Família tem um papel primordial na revisão terapêutica periódica, na discussão de benefícios e riscos dos fármacos, bem como na criação de estratégias potenciais, nomeadamente alternativas farmacológicas e mudanças de estilo de vida.

Conclusão: A população idosa tem vindo a aumentar em Portugal, como em todo o mundo. Os Cuidados de Saúde Primários, como prestadores de cuidados ao longo da vida têm a função relevante de questionar sobre a indicação do uso e equilibrar o benefício e risco da terapia de IBPs neste grupo etário.

SIRTUÍNAS E RESTRIÇÃO CALÓRICA – QUE INFLUÊNCIA NO ENVELHECIMENTO HUMANO?

Janine Correia, Tânia Sequeira, Juliana Caçóilo
USF Oriente, UCSP Marvila, USF Oriente

Introdução: As sirtuínas são uma família de proteínas conservadas ao longo da evolução que apresentam semelhança bioquímica e fisiológica entre os vários seres vivos do reino animal. Estas proteínas têm sido amplamente estudadas nos últimos anos, sabendo-se que estão envolvidas em fenómenos epigenéticos que parecem estar relacionados com a restrição calórica (RC) sem malnutrição, e com a longevidade.



Objetivo: Rever a evidência recente sobre a influência da RC e das sirtuínas no envelhecimento.

Métodos: Pesquisa de artigos publicados (ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECAC), meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e revisões da literatura (RL), nos últimos 5 anos, na base de dados PubMed usando os termos: *sirtuin*, *aging* e *caloric restriction*. Para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação foi usada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)*, da *American Family Physician*.

Resultados: A maioria dos estudos encontrados evidenciou que a RC sem malnutrição atrasa o envelhecimento. Concomitantemente, as sirtuínas encontram-se intimamente envolvidas no metabolismo celular, estando associadas à longevidade e à prevenção da doença, mais concretamente nos mecanismos relacionados com a SIRT1 e a SIRT3.

Conclusões: A RC e as sirtuínas influenciam negativamente o envelhecimento, podendo retardá-lo ou mesmo revertê-lo. A evidência disponível suporta o papel primordial das sirtuínas na biologia do envelhecimento, sendo mediadoras dos efeitos anti-envelhecimento da RC. Contudo, são necessários estudos mais consistentes que suportem esta influência, nomeadamente no que concerne à investigação das sirtuínas como alvo terapêutico, tornando o envelhecimento um fator modificável.

P 17

INCUMPRIMENTO TERAPÊUTICO: UM PASSO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Andreia Correia, Olga Salgado, Júlio Costa Santos
USF Salvador Machado

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é complexa, apresentando relevância na população geriátrica. Frequentemente, o curso é assintomático, o doente procura cuidados médicos quando surgem complicações da doença e/ou comorbilidades. A DRC surge por interação de fatores clínicos (idade avançada, sexo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, proteinúria, anemia, complicações metabólicas, obesidade, tabagismo e/ou dislipidemia), ambientais (medicação) e/ou genéticos.

Caso clínico: Homem, 75 anos, autónomo. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus (2013), dislipidemia (2013) e hipertensão arterial (2014). Pouco frequentador de consultas com péssimo controlo das doenças por má adesão terapêutica.

Em Dezembro/2015, em consulta programada apresenta crise hipertensiva com cefaleias e edemas acentuados dos membros inferiores com 1 mês de evolução. Analiticamente apresentava hipoproteïnemia marcada, proteinúria, creatinina e velocidade de sedimentação aumentadas. Referenciado ao Serviço de Urgência (SU), onde tentaram otimizar o perfil tensional.

A Médica de Família referencia o utente para consulta de Nefrologia. Em Janeiro/2016 agravamento da sintomatologia anteriormente descrita, acrescido de edemas palpebrais e tonturas com 1 semana de evolução. Doente recorre novamente ao SU, ficando internado para monitorização renal/tensional/glicémia.

Em consulta de Nefrologia (Março/2016) é diagnosticado DRC de etiologia mista: diabética/nefroangioesclerose hipertensiva, com rápida progressão pelo mau controlo dos fatores de risco (FR).

Conclusão: Apesar do incentivo à adesão terapêutica e modificações do estilo de vida ao longo do tempo, este caso mostra que a valorização do doente pela saúde é fundamental. O controlo rigoroso dos

FR e medidas para diminuição de progressão da DRC para estádios mais avançados são estratégias-chave de abordagem da DRC para diminuir a morbi/mortalidade.

P 18

CRITÉRIOS DE BEERS NA AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA NO IDOSO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Catarina Pinheiro Silva, Catarina Trindade, Cátia Amado, Teresa Xavier
USF Gerações USF Rodrigues Miguéis Extensões de Benfica, ACES Lisboa Norte

Introdução: As alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que conferem aumento do risco de eventos adversos dos medicamentos no idoso fundamentaram a criação de instrumentos auxiliares de prescrição baseados em medicamentos potencialmente inapropriados (MPI).

Os Critérios de Beers de MPI para Idosos da Sociedade Americana de Geriatria são globalmente os mais utilizados e permitem detetar MPI em curso e evitar a sua introdução. Em 2008 a Ata Médica Portuguesa publicou uma versão adaptada à realidade nacional.

Objetivos: avaliação da prescrição farmacológica nos utentes a partir dos 85 anos de duas listas de utentes.

Metodologia: Estudo observacional transversal descritivo. Amostra: utentes a partir dos 85 anos pertencentes à população de idosos das listas dos orientadores de formação das autoras. Critérios de inclusão: inscrição ativa, último contato médico em 2015 ou 2016; exclusão: lista de problemas de saúde não registada no processo clínico, última prescrição anterior a 2015. Variáveis: sexo, idade, problemas crónicos, prescrição atual, fármacos incluídos nos Critérios de Beers. Colheita de dados: análise retrospectiva dos processos clínicos informatizados – à luz dos Critérios de Beers adaptados à população nacional e da edição americana mais atualizada (2015). Análise estatística descritiva (Microsoft Excel).

Resultados: Dos 107 utentes incluídos, 80 (74,8%) tinham MPI prescritos, a maioria correspondente à classe dos ansiolíticos e hipnóticos (67 prescrições) e dos inibidores da bomba de prótons (48 prescrições).

Discussão/Conclusões: A proporção considerável de MPI prescritos alerta para a necessidade da revisão contínua da terapêutica em curso, facilitada pelos instrumentos que permitem uma análise sistematizada para a garantia de prescrição segura no idoso.

Referências bibliográficas:

1. Soares M^a Augusta et al, Operacionalização para Portugal. Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos, Acta Med Port 2008; 21: 441-452 Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3776> (consultado a 21/04/2016)
2. Soares M^a Augusta et al, Critérios de Avaliação de Prescrição de Medicamentos Potencialmente Inapropriados, Uma Revisão Sistemática, Acta Med Port 2011; 24: 775-784 Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.../217> (consultado a 21/04/2016)
3. AGS 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults, JAGS 2015; vol 63; 11: 2227-2246 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26446832> (consultado a 21/04/2016)
4. Abrantes Mário Filipe, Seguimento farmacoterapêutico em idosos polimedicados, Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013 Disponível em: <http://bdigital.upf.pt/handle/10284/4102> (consultado a 21/04/2016)

HIDRATAÇÃO POR HIPODERMOCLISE NA PESSOA IDOSA

Estela Cancela, Nuno Esperanço

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A desidratação é um problema comum na pessoa idosa, associada ao aumento da morbidade e mortalidade. O controlo da desidratação nas pessoas idosas pode ser uma questão complexa. A administração de fluidos por via subcutânea, denominada hipodermoclise é, em muitos casos, uma boa opção, quando há perda ou impossibilidade de utilização da via oral e/ou em alternativa à via endovenosa, em situação não aguda.

Objetivos: Identificar as vantagens e desvantagens da hidratação por hipodermoclise na pessoa idosa, em situação não aguda.

Método: Revisão sistemática da literatura, incluindo 12 estudos, publicados de 2009 a 2013, pesquisados a partir das bases de dados eletrónicas B-On, *PubMed/MEDLINE*, *Scielo* e *ScienceDirect (Elsevier)*. Foram pesquisados artigos em inglês e português. Os dados obtidos foram analisados de acordo com o protocolo PICOD (P – participantes; I – Intervenções; C – Comparações das variáveis; O – Resultados (*Outcomes*)).

Resultados: Foram selecionados 12 artigos qualitativos, quantitativos e/ou mistos, com informação acerca das vantagens e desvantagens da hidratação por via subcutânea, em situação não aguda, na pessoa idosa. As vantagens descritas foram encontradas com maior frequência de citação face às desvantagens.

Discussão/Conclusões: De acordo com a evidência disponível, a utilização da via subcutânea na hidratação da pessoa idosa, em situação não aguda, pela perda ou impossibilidade de utilização da via oral e/ou em alternativa à via endovenosa, é apontada como vantajosa, por ser uma técnica simples, cómoda, com baixo risco de complicações locais e sistémicas, proporcionando qualidade de vida. Porém, trata-se de um método de hidratação pouco utilizado a nível nacional, sendo necessários mais estudos, acerca desta temática.

ANESTESIA EM IDOSOS – UM CASO DE SUCESSO

Sara Oliveira, Maria João Campos, João Bonifácio, Edgar Semedo, Margarida Anastácio

CHUC

Com o envelhecimento e esperança média de vida crescentes, mais idosos são submetidos a cirurgias. Sabemos que a morbi-mortalidade perioperatória é maior nesta faixa e como tal, a avaliação do risco-benefício é fundamental para a decisão anestésico-cirúrgica.

Caso clínico: Mulher, 92 anos, institucionalizada, totalmente dependente para atividades de vida diárias, por doença de Alzheimer e doença cerebrovascular, mas com alguma vida de relação, antiagregada com aspirina e portadora de pacemaker, classificada como ASA III. Recorreu à urgência por quadro de oclusão intestinal e disfunção respiratória associada. Realizou TC abdominal e colonoscopia que evidenciaram invaginação intestinal ileo-cólica por neoplasia do delgado.

Após discussão entre equipas de Cirurgia e Anestesiologia, e família, foi proposta para enterectomia segmentar com ileostomia urgente. Optou-se por uma anestesia epidural lombar com sedação ligeira. A abordagem cirúrgica foi por incisão infraumbilical e durou 2h30', sem intercorrências, mantendo-se hemodinamicamente estável. Após uma semana, teve alta com resolução do quadro.

Discussão/Conclusões: A idade cronológica, apesar de ser um fa-

tor de risco anestésico-cirúrgico independente, não é um critério de exclusão cirúrgico. Neste caso, foi essencial a comunicação e a decisão multidisciplinar, incluindo a família. A adequação da anestesia também foi fundamental, uma vez que a anestesia geral associar-se-ia a provável necessidade de ventilação controlada pós-operatória, internamento prolongado, complicações e custos acrescidos. Assim, realçamos o benefício da anestesia loco-regional no prognóstico destes doentes.

Numa altura em que se discutem as decisões de fim de vida, este caso demonstra a importância da abordagem holística em idosos, nomeadamente no que respeita à anestesia.

UM PROBLEMA SUBVALORIZADO POR TODOS NÓS:**INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA**Inês Domingues Teixeira¹, Ângela Bento Pinto², Ana Cláudia Magalhães³, Daniela Cruz Silva⁴, Diana Pinto⁵

¹Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Ribeira Nova, ACES Lisboa Central; ²Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Plátano, ACES São Mamede; ³Interna de Medicina Geral e Familiar, UCSP Moimenta da Beira, ACES Douro Sul; ⁴Interna de Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde Marinha Grande, ACES Pinhal Litoral; ⁵Interna de Medicina Geral e Familiar, SF São Pedro da Cova, ACES Porto II

Introdução: A incontinência urinária (IU) define-se como a perda involuntária de urina. A IU é mais frequente em mulheres e sua prevalência aumenta com a idade. Estima-se uma prevalência de 75% na população feminina com idade igual ou superior a 75 anos. Classicamente é dividida em incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista.

OBJETIVOS: Conhecer o perfil diagnóstico das doentes com IUU de modo a detectar precocemente e tratar corretamente esta patologia.

Materiais e métodos: Revisão sistemática, na base de dados da PubMed e do Índex das Revistas Médicas Portuguesas, de artigos de revisão, publicados nos últimos 10 anos, em mulheres, com mais de 65 anos, em inglês, francês, português e espanhol, considerados relevantes pelas autoras. Foram utilizados os termos *MeSH ?urinary incontinence? AND ?women?*.

Resultados: Foram selecionados 10 artigos. A IUU constitui um problema de saúde com uma grande repercussão na qualidade de vida das doentes, todavia raramente é abordado como motivo de consulta. As doentes com IUU apresentam um perfil epidemiológico e etiológico distinto: são mais idosas e apresentam frequentemente comorbilidades que agravam a IUU. O diagnóstico é essencialmente clínico e o seu tratamento inclui alterações do estilo de vida, exercícios de pavimento pélvico e tratamento farmacológico.

Discussão/Conclusão: Sendo uma patologia muito prevalente, o seu diagnóstico é essencialmente clínico. Frequentemente subvalorizada e com grande repercussão na qualidade de vida, o médico de família tem um papel primordial na identificação da IUU, no seu correto tratamento e no adequado acompanhamento destas doentes.

QUANDO O DOENTE JÁ NÃO TEM OBJETIVOS PARA A VIDA...Júlio Costa Santos, Ana Luís Pereira, Andreia Correia, Helena Santos
USF Salvador Machado - ACeS Entre Douro e Vouga II

Introdução: A incapacidade funcional e a dependência, em doentes com capacidades cognitivas preservadas, podem ser geradoras de revolta e frustração, levando a quadros de depressão, ideação suicida



e, em alguns casos, a desejo de eutanásia.

Caso clínico: Mulher, 62 anos, totalmente dependente nas AVD, pertencente a uma família reconstruída, vive com o marido 20 anos mais velho. Medicação habitual: venlafaxina 150mg; oxibutina 5mg; fluoxetina 20mg; tizanidina 2mg.

Sem fatores de risco cardiovasculares até 1993, altura em que desenvolve AVC do tronco cerebral direito, resultando hemiplegia esquerda, nistagmo e disfonía. Teve alguma recuperação funcional com tratamento reabilitador, fazendo marcha com canadiana. Em 2011 revela dificuldade progressiva da marcha, sendo diagnosticada mielopatia cervical espondilótica com compromisso medular significativo. Avaliada por ortopedia e neurocirurgia, recusa cirurgia pelo risco elevado. Doente mobiliza-se em cadeira de rodas e como o marido já não tem capacidade física para ser cuidador principal, muda-se para lar em 2012. Utente não aceita a sua situação e exprime sentimentos de revolta, com 2 tentativas de suicídio. Avaliada por psiquiatria, que ajusta tratamento antidepressivo. Nas várias consultas de seguimento, cada 6 meses, realizadas no lar, a utente (cognitivamente bem, orientada, com discurso lógico e coerente) exprime sistematicamente vontade de morrer, diz que “não tem motivos para viver” e solicita que “lhe dê uma injeção para morrer”.

Conclusão: O Médico de Família como gestor do doente e família depara-se com a dificuldade de uma intervenção terapêutica eficaz quando a ciência já nada mais pode oferecer ao doente em termos de tratamento ou recuperação.

P 23

OS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES AUMENTAM O RISCO DE DEMÊNCIA? – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Melinda Séra, Annamária Mohácsi, André Filipe Oliveira, Tatiana Rijac USF Lauroé, ACES Central USF Farol, ACES Central CHA Faro

Introdução: Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são amplamente utilizados no tratamento de doenças gastro-intestinais. Tem-se observado um aumento significativo da sua prescrição principalmente entre os idosos. No entanto os IBP poderão estar envolvidos no declínio da capacidade cognitiva.

Objetivos: Averiguar a existência de risco aumentado para o desenvolvimento de demência com o uso de IBP.

Material e métodos: Revisão baseada na evidência com pesquisa de artigos na base de dados Medline e *Cochrane Library*. Limitou-se a pesquisa de artigos aos últimos 10 anos, em língua inglesa e portuguesa, usando os termos *MeSH Dementia* e *Proton pump inhibitors*. A atribuição do nível de evidência e força de recomendação foi realizada com base na escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)*.

Resultados: Da pesquisa resultaram 34 artigos, dos quais 6 foram obtidos para leitura integral e 3 foram selecionados para análise. Os 3 artigos foram estudos observacionais. Dois demonstraram que os idosos medicados regularmente com IBP tinham risco significativamente aumentado para desenvolvimento de demência em comparação com os indivíduos que não foram medicados com IBP. Um estudo relevou um risco diminuído no desenvolvimento de demência com uso dos IBP.

Discussão/Conclusões: Os estudos encontrados analisaram apenas a relação estatística entre o uso de IBP e risco de demência. A evidência disponível não é ainda suficiente para que se recomende evitar o uso de IBP como prevenção da demência. São necessários ensaios clínicos para avaliar e estabelecer a relação direta entre o uso de IBP e risco de demência nos idosos.

P 24

“COMECEI A VER PORCOS E VACAS A CORRER DE UMA LADO PARA O OUTRO NA MINHA SALA...” SÍNDROME DE CHARLES BONNET - RELATO DE CASO

Marisa M Queirós, Silvério Macedo, Diana Fidalgo UCSPFeira Nova e CHTS

Enquadramento: A síndrome de Charles Bonnet (SCB) caracteriza-se pela presença de alucinações visuais complexas em idosos sem patologia psiquiátrica conhecida e com défices visuais, que têm noção parcial ou completa da irrealidade das suas visões. O pico de incidência é entre os 70 e os 93 anos pelo que com o envelhecimento populacional crescente a incidência desta patologia tende a aumentar. Este relato de caso tem como objectivo sensibilizar a comunidade médica para este diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 83 anos, caucasiano, agricultor reformado, analfabeto, a residir com esposa e filho. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial controlada e cirurgia bilateral a cataratas há dois anos, de que resultou diminuição da acuidade visual. Sem antecedentes de doença psiquiátrica pessoal ou familiar. Encaminhado pelo médico de família para a consulta de psiquiatria por alucinações visuais complexas que não cediam ao tratamento com antipsicóticos, com início após a cirurgia. Sem alucinações auditivas ou actividade delirante, com insight para a sua patologia: “comecei a ver porcos e vacas a correr de uma lado para o outro na minha sala, eu espantava-os mas eles não iam...” (sic). Foram realizados: estudo analítico, avaliação neurofisiológica e ressonância magnética cerebral que não revelaram alterações, pelo que, foi suspenso o tratamento antipsicótico e realizada cirurgia oftalmológica correctiva – confirmando-se o diagnóstico de SCB.

Discussão/Conclusão: A SCB deve ser equacionada após exclusão de patologia neurológica e psiquiátrica. Trata-se de uma patologia subdiagnosticada por duas razões fundamentais: desconhecimento por parte da comunidade médica e receio do idoso em dar a conhecer o seu problema.

Palavras chaves: alucinações visuais; defice visual; antipsicóticos.

P 25

UM MAL SILENCIOSO QUE SE FAZ OUVIR TARDE...

Cátia Cardoso, Interna MGF, Joana Lopes, Assistente Graduada USF Egas Moniz, ACES Feira/Arouca

Enquadramento: A neoplasia do ovário é a 4ª neoplasia ginecológica mais prevalente em Portugal e a que tem pior prognóstico, surgindo sobretudo em mulheres na pós-menopausa. O quadro clínico é inespecífico, 75% dos carcinomas do ovário são diagnosticados em estadios avançados e o diagnóstico precoce é difícil.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, casada. AP: IVP, DAOP, dislipidémia, diabetes mellitus tipo 2, úlcera crónica da pele. Janeiro 2016, recorre à consulta por epigastralgia com um mês de evolução, agravada nas duas últimas semanas, associada a anorexia, náuseas e distensão abdominal. Negava vômitos, alterações do TGI, ou outras queixas.

Exame físico: abdómen globoso, timpanizado, com dor à palpação profunda do epigastro e hipocôndrio direito, sem defesa. RHA+. Empastamento dos quadrantes direitos, sem ascite. Murphy Renal negativo bilateralmente. Requisitou-se estudo analítico, EDA, ecografia abdominal e Rx abdominal. Em Fevereiro regressa à consulta para mostrar exames, referindo persistência dos sintomas. Do estudo destaca-se: anemia NN; Eco-abd: ascite dispersa pela cavidade abdominal, a carecer estudo complementar. Objetivava-se agravamento do

volume abdominal. Pediu-se TAC abdomino-pélvica, revelando: derrame pleural bilateral, volumoso derrame peritoneal, extensa metástase peritoneal difusa e lesão quística complexa pélvica, podendo traduzir neoplasia do ovário. Após comunicação do resultado à utente e apresentadas opções de seguimento, fez-se referência para o IPOP. Após realização de exames para estadiamento da doença, estabeleceu-se diagnóstico de neoplasia serosa maligna do ovário/trompa, sem indicação para tratamento dirigido à doença, atualmente é acompanhada em Cuidados Paliativos em articulação com CSP.

Discussão: Este caso, para além de abordar uma patologia incommon, destaca os desafios inerentes à prática clínica do MF, como a comunicação de más notícias e gestão das mesmas com o doente e família. Intensifica a importância da abordagem holística do utente e da transversalidade da prestação de cuidados, no contexto individual, familiar e social do utente. Reforça a importância da abordagem objetiva e sistematizada de sinais/sintomas comuns no diagnóstico de problemas menos prevalentes.

P 26

POLIMALGIA REUMÁTICA NO IDOSO – CASO CLÍNICO

Ana Sofia Rua, Andreia Gonçalves, Luís Ribeiro, Rita Bandarra, Teresa De Santis
USF Marquês de Marialva

Enquadramento: A Polimalgia Reumática (PMR) é uma doença reumatológica comum, de etiologia desconhecida. Surge mais frequentemente no sexo feminino e após os 50 anos, com pico entre os 70-80 anos. Caracteriza-se clinicamente por dor e rigidez matinal, nas cinturas escapular e pélvica, habitualmente de forma simétrica.

Caso clínico: Doente de 71 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, recorre ao Médico de Família (MF) por omalgia bilateral com 2 semanas, que associa a esforço físico. Tinha recorrido a consulta 10 dias antes pelo mesmo motivo, medicado com naproxeno 500mg 12/12h e diazepam 10mg/dia, sem melhorias. À observação, dor à elevação do braço acima dos 90° bilateralmente. Prescrito etoricoxib 90mg/dia. Retorna após 1 semana por agravamento súbito, artralgias intensas na região cervical, ombros, punhos e ancas, rigidez matinal prolongada e limitação da capacidade funcional, com dificuldade na mobilização e deambulação, necessitando de apoio de terceira pessoa. Ao exame objectivo, dor à mobilização e limitação da mobilidade articular dos membros superiores e ancas, edemas das mãos e tornozelos bilateralmente. Pedido estudo analítico e instituída terapêutica com predisolona 40mg/dia por 4 dias, seguidos de 20mg/dia. Após 1 semana descreve melhoria significativa da sintomatologia, com recuperação funcional. Estudo analítico revelou PCR 59,9mg/L e VS 112mm/h.

Discussão: O MF contacta diariamente com múltiplas queixas algicas em idosos, nomeadamente de origem músculo-esquelética e degenerativa, devendo permanecer alerta para esta patologia reumatológica, pois a PMR, cuja terapêutica é eficaz e acessível ao MF, pode determinar incapacidade funcional importante com perda da qualidade de vida.

P 27

ANSIEDADE OU ALGO MAIS?

Marta Renda, Joana Sarafana, Francisco Casaubon
USF Lauroé, USF Ria Formosa, USF Lauroé

Introdução: Existe um risco elevado de desvalorizar queixas dos utentes com grande consumo de consultas nos Cuidados de Saúde

Primários (CSP) e Serviço de Urgência (SU), principalmente se têm antecedentes de Ansiedade. O objectivo é recordar a importância de investigar as queixas do utente de forma objectiva e sem preconceitos.

Caso clínico: Homem, 52 anos, antecedentes de Ansiedade, 97 consultas nos CSP e 78 no SU entre 2002 e 2015. Queixas inespecíficas, padrão flutuante e exame objectivo muitas vezes não compatível com sintomas. Em Maio 2013 recorreu ao Médico de Família (MF) por dificuldade na marcha e disartria. Realizou RM-CE que não revelou alterações. Por persistência e agravamento do quadro foi solicitada consulta de Neurologia, na qual não foram verificadas alterações neurológicas, sendo medicado com antidepressivo. A dificuldade na marcha e disartria agravaram e motivaram várias idas aos CSP e ao SU, tendo inclusive sido observado por Psiquiatria e medicado por somatização. No início de 2015, foi observado pelo MF, apresentando hiperreflexia dos membros e agravamento significativo da dificuldade na marcha e da disartria. Repetiu RM-CE que revelou alterações sugestivas de doença do neurónio motor.

Conclusão: As Perturbações de Ansiedade, associam-se a elevado consumo de consultas e a queixas múltiplas e inespecíficas, podendo mascarar um quadro clínico ou induzir o médico em erro, desvalorizando-o e/ou atribuindo-o à ansiedade do utente. O MF presta cuidados ao longo do tempo, tendo a possibilidade de observar o padrão de evolução das queixas, valorizando-as de modo a diagnosticar e orientar diversas patologias atempadamente.

P 28

ADENOPATIAS DA CABEÇA E PESCOÇO – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

Filipa S Pinho, Kátia Ladeira, Filipa Macedo, Catarina Nunes, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução: O diagnóstico diferencial de adenopatias da cabeça e pescoço é muito amplo e inclui processos inflamatórios, infecções, linfomas e tumores metastáticos. Neste artigo serão revistos dois casos clínicos de adenopatias desta área.

Caso 1: Homem, 83 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna por conglomerado adenopático cervical com 1 mês de evolução. Ao exame objectivo apresentava múltiplas adenopatias cervicais e supraclaviculares bilaterais, duras, móveis, as maiores com 3 cm. Do estudo etiológico: analiticamente LDH 215 U/L, beta-2-microglobulina 4383 ng/mL, serologias infecciosas negativas. Endoscopias e tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica normais. TC toraco-abdomino-pélvico com adenopatias supraclaviculares, axilares, retroperitoneais, ilíacas e inguinais. O estudo anatomopatológico revelou um Linfoma Não Hodgkin de Grandes Células B difuso.

Caso 2: Mulher, 77 anos, referenciada à Consulta de Medicina Interna por Linfadenite Granulomatosa. Apresentava nódulos cervicais com 1 ano de evolução. Analiticamente beta-2-microglobulina de 5471 ng/mL, serologias víricas negativas. TC cervical: múltiplas adenomegalias localizadas nas cadeias cervicais esquerda e direita, as maiores com eixo curto de 22 mm; gânglios predominantemente sólidos com pequenas porções hipodensas. Biópsia do gânglio com linfadenite granulomatosa necrotizante, pesquisa de micobactérias negativa e polimerase chain reaction positiva para *Mycobacterium tuberculosis*.

Discussão: As adenopatias cervicais em crianças e adultos jovens estão geralmente relacionadas com condições inflamatórias e linfomas. Nos mais velhos também podem dever-se a manifestação de



linfoma ou disseminação metastática de carcinomas espinocelulares ou adenocarcinomas.

Conclusão: O amplo espectro diagnóstico das adenopatias cervicais torna o estudo etiológico um desafio clínico-científico.

P 29

EFETOS DA ATIVIDADE FÍSICA NOS SINTOMAS DE OSTEOARTROSE DA ANCA E DO JOELHO

Caçoilo, Juliana; Correia, Janine; Bento, Carlos; Calvino, Inês
USF Oriente

Introdução: O envelhecimento da população, juntamente com o aumento da obesidade observado nas últimas décadas, tem vindo a promover um aumento dos casos de patologia osteoarticular. As doenças osteoarticulares são crónicas e incapacitantes, condicionando a diminuição da qualidade de vida e devem ser assumidas como um importante problema social e económico com uma tendência crescente.

A osteoartrose é a patologia osteoarticular mais prevalente na população idosa, apresentando-se frequentemente com dor e limitação funcional.

O tratamento, inicialmente focado no controlo da dor e na palição da doença, inclui atualmente intervenções que visam a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida. O exercício físico faz parte das intervenções recomendadas no tratamento, juntamente com o controlo do peso e a terapêutica farmacológica.

Objetivo: Rever a evidência recente sobre o efeito da atividade física nos sintomas associados a osteoartrose do joelho e da anca na população idosa.

Material e métodos: Pesquisa de artigos publicados nos últimos dez anos na base de dados *PubMed* usando os termos *Mesh*: *exercise, osteoarthritis, knee, hip*. Foram obtidos 98 artigos e incluídos para leitura 16, dos quais se selecionaram 7.

Resultados: A literatura evidencia benefícios na prática de atividade física como forma de reduzir os sintomas associados a osteoartrose, nomeadamente dor e limitação funcional da anca e do joelho.

Discussão/Conclusões: A evidência disponível suporta os benefícios do exercício na melhoria dos sintomas osteoarticulares. No entanto, serão necessários mais estudos para definir a frequência, duração e tipo de exercício mais benéfico na osteoartrose do joelho e da anca.

P 30

ACOS – UM NOVO CONCEITO

Lília Simões, Pedro Americano
USF Farol Centro Hospitalar do Algarve

Introdução: O Síndrome de Sobreposição de DPOC e Asma é um diagnóstico recentemente reconhecido e que será responsável por 15 a 55% das doenças pulmonares crónicas. No entanto, ainda não existe consenso quanto à terminologia ou características para esta categoria de obstrução pulmonar.

Objetivo: Apresentamos este trabalho, com o intuito de elucidar quanto à existência deste diagnóstico, das suas características e da abordagem mais correcta nestas situações, salientando que doentes com asma ou DPOC são diferentes daqueles com ACOS.

Material e métodos: *Diagnosis of Diseases of Chronic Airflow Limitation: Asthma COPD and Asthma – COPD Overlap Syndrome (ACOS)* um projecto conjunto do *GINA* e *GOLD* de 2015.

Resultados: Em adultos, normalmente após os 40 anos, distinguir entre asma com limitação crónica do débito respiratório, de DPOC é

problemático. Uma grande porção dos doentes com sintomas respiratórios crónicos, particularmente doentes idosos, têm diagnóstico e/ou características de ambas as patologias (tendo obstrução respiratória crónica que não reverte completamente com broncodilatação). É aceite que estas pessoas têm exacerbações mais frequentes, pior qualidade de vida, declínio mais rápido da função pulmonar, maior mortalidade e consomem uma quantidade desproporcional de recursos de saúde que asma ou DPOC individualmente.

Discussão/Conclusões: O conhecimento sobre o ACOS ainda é escasso. No entanto, já existe algum consenso para orientar os médicos, particularmente os de Medicina Familiar e outras especialidades que não a Pneumologia. Este conhecimento é essencial para o tratamento adequado desta doença, que será mais frequente do que se sabe até agora.

P 31

ABORDAGEM DA MULHER NA PÓS-MENOPAUSA

Lília Simões
USF Farol

Introdução: A menopausa é definida pela *North American Menopause Society* como o final do período menstrual, reflectindo perda da função folicular ovárica. É um processo fisiológico, ocorrendo naturalmente entre os 40 e os 58 anos.

Objetivo: A pertinência do tema prende-se com o impacto na qualidade de vida das mulheres, com importante sintomatologia tanto de carácter físico como psíquico. Neste trabalho pretende-se apresentar as preocupações mais comuns das mulheres na menopausa e as estratégias mais adequadas para cada situação.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed/MEDLINE*, de artigos de Revisão Sistemática e *Guidelines*, publicados nos últimos 10 anos em Inglês, Português ou Espanhol. Consulta bibliográfica do *Medscape*, *UpToDate*, *Google Scholar*.

Palavras-chave: *menopausal management; menopausal hormone therapy*.

Resultados: A menopausa é caracterizada por inúmeras alterações fisiológicas, no entanto podem haver consequências resultando em considerável morbimortalidade. A atenção deve estar nos sintomas, detecção precoce de complicações (como osteoporose), abordar factores de risco para complicações e introduzir um plano de saúde preventivo. Aproximadamente 70% das mulheres têm uma transição calma, porém muitas mulheres procuram ajuda para atenuar os sintomas associados.

Discussão/Conclusões: A menopausa representa uma oportunidade única para o diálogo entre a mulher e o seu Médico de Família para avaliar medidas de saúde. O aconselhamento direccionado para as suas preocupações facilita a tomada de decisões informadas pelas mulheres, aumentando o seu bem-estar na adaptação à menopausa e no resto das suas vidas.

P 32

ENVELHECIMENTO VS SISTEMA IMUNITÁRIO

Laura Faria, Tânia Serrão
Centro de Saúde da Ribeira Brava, Madeira

Introdução: A Organização Mundial de Saúde define o envelhecimento como a “Processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte”. O

envelhecimento ativo, definido como “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS), é um objetivo desafiante que deve ser trabalhado de forma holística.

O declínio gradual do estado de saúde é o fator mais frequentemente associado à idade e, porventura, o mais condicionante do processo de envelhecimento, em particular se a situação de doença for crónica e múltipla, e se provocar incapacidades físicas e psicológicas que afetem o quotidiano das pessoas mais velhas e a sua autonomia.

As funções imunitárias estão alteradas nos organismos envelhecidos. A senescência das células imunes ocorre devido ao stress oxidativo que ocorre com a idade, sendo que o sistema imunitário está muito envolvida no processo de oxidação / inflamação que está subjacente à senescência.

Objetivo: Compreender de que forma é que o sistema imunitário sofre alterações ao longo do envelhecimento e tentar compreender de que forma podemos atrasar o surgimento das mesmas.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados *Pubmed* usando os termos *Mesh aging* e *CD28 costimulation*. Obteve-se um total de 25 artigos, destes selecionaram-se 17, dos quais obtiveram-se 11 artigos completos.

Resultados: O envelhecimento está associada à expressão de um subconjunto de células T CD4+ caracterizadas pela perda de expressão de CD28. O CD28 é uma molécula co estimuladora importante para a ativação de células T, sendo um importante marcador de proliferação celular.

As células T CD4 + CD28- mantém ativa a sua função de produzir altas concentrações de interferão- γ (IFN- γ) e interleucina-2 (IL-2).

A perda de expressão de CD28 está correlacionada com a ausência de expressão de CD40, impossibilitando a diferenciação de células B e a secreção de imunoglobulina.

Discussão: Tem sido demonstrado que uma função bem conservada das células do sistema imunitário é um excelente marcador de saúde. O surgimento de células T CD4 + CD28- nos idosos pode explicar parcialmente alterações específicas provocadas pela idade na resposta imunitária. Um fator fisiopatológico também responsável é a inflamação sistémica caracterizada pelo aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias, tais como TNF-alfa, a produção de interleucina-6 (IL-6) e PCR. Níveis elevados de TNF-alfa provocam uma redução quantitativa de moléculas de CD28 na superfície celular.

P 33

QUISTOS HEPÁTICOS HEMORRÁGICOS EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR – O DILEMA DA HIPOCOAGULAÇÃO

Filipa Macedo, Filipa Pinho, Katia Ladeira, Ana Maria Pereira, Maria José Barroso, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela IPO Coimbra; Hospital de Braga; IPO Lisboa

Os cistos hepáticos são tumores benignos do fígado, tipicamente assintomáticos. A sua prevalência ronda os 2,5-4,7%. Destes, apenas 2 a 5% complica com hemorragia intracística, sendo a ruptura intra ou extra-peritoneal muito mais rara.

Apresentamos o caso de uma mulher, 85 anos de idade, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilhação auricular (FA), medicada com varfine desde há 1 ano. Em dezembro de 2015, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal localizada no hipocôndrio direito e epigastro com 1 mês de evolução, agravada nas últimas 24 horas. Ao exame objectivo, apirética, hemodinamicamente estável, abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio e

hipogastro, sem irritação peritoneal. Analiticamente com hemoglobina de 8.4g/dL. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal que revelou 2 quistos hepáticos hemorrágicos de 5 e 20cm, associados a hemoperitoneu. Realizou reversão da hipocoagulação e optou-se por tratamento conservador, com evolução favorável. Posteriormente discutiu-se o caso com imuno-hemoterapia e decidiu-se manter suspensão da hipocoagulação. Desde então, a doente manteve sem complicações cardioembólicas e sem novas hemorragias.

A rutura hemorrágica embora rara, é uma complicação séria e potencialmente letal por choque hemorrágico, sendo mandatória o diagnóstico atempado e a intervenção urgente. É ainda de vital importância o consenso multidisciplinar na orientação destes doentes.

P 34

ABORDAGEM DOS DISTÚRBIOS NEUROCOGNITIVOS (DEMÊNCIAS) NOS CSP – CAUSAS REVERSÍVEIS

Pedro Tiago Pinto Joana Frasco
USF São João do Porto USF São Martinho

Introdução: A par da regressão da pirâmide etária, tornam-se mais frequentes as queixas de memória com perturbação cognitiva funcional. A nova classificação *DSM-5* refere que os distúrbios neurocognitivos major (termo substitutivo de demências) requerem evidência de diminuição cognitiva significativa de um ou mais domínios cognitivos interferindo na independência das AVDs, sem causa atribuível a outro distúrbio mental.

Objetivos: Descrever uma abordagem perante uma suspeita de um distúrbio neurocognitivo reversível.

Métodos: Pesquisa bibliográfica na *PUBMED* com os termos *MESH elderly, dementia, primary care e reversible*.

Resultados: Um estudo inicial pode excluir causas reversíveis de demência, que podem corresponder até 20% do total. Além da história clínica (início das queixas, rapidez de progressão, repercussão nas AVDs, história de AVC, fármacos, álcool, mudanças de peso, distúrbios do sono, alterações do humor, alucinações, comportamento desinibitório, nível educacional e comorbilidades), do exame neurológico (perturbações na marcha, sinais de disfunção frontal, a sinais parkinsonianos, neuro-oftalmológicos e focais) e do *Mini-Mental State* ou do *MOCA*, assume-se razoável o pedido de hemograma, glicemia, calcemia, ionograma sérico, função hepática, renal e tiroideia, vitamina B12, ácido fólico e VDRL. Imagiologicamente, o TAC é o exame mais custo-efetivo. Uma abordagem mais extensiva que inclua o pedido da serologia da HIV e estudo de patologia auto-imune deve ser individualizada.

Conclusão: A nova definição da *DSM-5* foca a interferência nas AVDs, sendo este um ponto importante na recolha da história clínica. Um estudo analítico e imagiológico deve acompanhar uma abordagem visando excluir causas reversíveis. Uma avaliação mais extensiva deve ser individualizada.

P 35

TOSSE CONVULSA: UMA DOENÇA (RE)EMERGENTE

João Paulo Abrantes, Joana Pereira, Tiago Castanheiro
USF Eborae, USF Planície

Introdução: A tosse convulsa é uma doença respiratória infecto-contagiosa, mais comumente causada pela Bordetella pertussis, transmitida através de gotículas aerossolizadas. Está associada a morbilidade e mortalidade significativas, não só em idade pediátrica, como em adultos e idosos. Trata-se de uma doença de declaração obrigatória



que tem visto a sua incidência aumentada nos últimos anos.

Objetivos: Alerta para o ressurgimento de uma patologia, previamente controlada com o esquema vacinal em vigor, não só na população pediátrica, como também em adultos e idosos. Dar a conhecer os critérios de diagnóstico, tratamento, e estratégias futuras (tanto vacinais como outras).

Material e métodos: Foi efectuada pesquisa bibliográfica nos motores de busca *PubMed* e *ClinicalKey* tendo sido seleccionados artigos de relevo no âmbito da realização do trabalho, publicados a partir de 2005. Foi ainda recolhida informação do site da DGS, CDC, Eurosurveillance e ECDC.

Resultados: Nos últimos anos tem-se vindo a verificar um aumento da incidência dos casos de tosse convulsa, não só a nível nacional como internacional. Identificam-se como causas para tal o maior alerta dos profissionais de saúde, o melhoramento dos meios de diagnóstico, a menor eficácia das vacinas acelulares comparativamente às de *whole cell*, com uma indução de imunidade menos prolongada, bem como mutações genéticas na bactéria.

Discussão/Conclusões: O surgimento desta patologia em grupos populacionais vulneráveis acarreta um risco significativo de morbimortalidade que justifica uma prevenção, diagnóstico e tratamento adequados. A evidência mais recente aponta para o tratamento com recurso a macrólidos, e uma estratégia de vacinação da grávida, entre as 27 e as 36 semanas, como sendo custo-efectiva.

P 36

CITICOLINA NO TRATAMENTO DE DEMÊNCIA VASCULAR (DV): QUAL A EVIDÊNCIA?

Daniel Carquejo¹, Ana Luísa Alves², Erika Fernandes¹, Fernando Ribeiro¹
¹UCSP Mirandela 1 – ULS Nordeste, ²UCSP da Sé – Bragança – ULS Nordeste

Introdução: A doença vascular pode reduzir a perfusão cerebral, levando ao declínio cognitivo e demência (DV). Esta tem impacto negativo no quotidiano com aumento do recurso aos cuidados de saúde. A citicolina é um dos tratamentos utilizados apesar do seu benefício não estar comprovado.

Objetivo: Rever a evidência sobre o benefício da citicolina na terapêutica da DV.

Metodologia: Pesquisados nas fontes de dados *NGC*, *NICE*, *Cochrane*, *DARE* e *Pubmed*, artigos publicados desde 2005, na língua inglesa, portuguesa e espanhola. Termos *MeSH*: *Cytidine Diphosphate Choline*; *Dementia Vascular*; *Vascular Cognitive Impairment* e *Mild Cognitive Impairment*. Taxonomia *SORT* para avaliação do Nível de Evidência (NE) e Força de Recomendação (FR).

Resultados: De 31 artigos, incluíram-se 9: 1 norma de orientação clínica (NOC), 1 ensaio clínico aleatorizado (ECA), 1 estudo coorte (EC), 1 meta-análise (MA), 1 revisão sistemática qualitativa (RS), 3 revisões clássicas (RC) e 1 artigo de opinião (AO). A MA (NE=2), o ECA (NE=2) e as RC (NE=3) afirmam efeitos positivos a nível cognitivo. A RS (NE=2) e o EC (NE=1) apresentam a citicolina como benéfica no DCV. O AO (NE=3) alerta para as suas propriedades neuroprotetoras. A NOC (FR=2) não retira conclusões.

Discussão: A evidência do benefício da citicolina no tratamento da DV é consistente mas com FR baixa. São necessários mais estudos com melhor metodologia. Esta revisão tem como limitações o viés de seleção dos limites da pesquisa e o reduzido número de ensaios clínicos encontrados.

P 37

UMA BOCA A VIVER TEMPOS DE SECA...

Olga Oliveira, Joana Barreira, Ana Clara Moreira, Joana Castro, Raquel Coimbra, Emilia Mendes
USF Viver Mais/ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo

Introdução: A xerostomia é uma queixa muito frequente nos idosos, descrita como sendo uma sensação de boca seca, o que pode ser, ou não, consequência da hipossalivação.

Objetivo: Pretende-se rever os conceitos referentes aos fatores etiológicos da xerostomia e as suas consequências sobre a população idosa, bem como a sua terapia.

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na bases de dados *Medline/PubMed* e consultados outros artigos pertinentes, em humanos, adultos, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, sem restrição temporal, disponíveis em texto completo. No final das pesquisas foram registados 1392 resultados, dos quais foram pré-seleccionados 53 artigos e, após uma análise minuciosa, foram excluídos 8, tendo sido seleccionados 45 artigos. Os critérios de exclusão dos artigos foram a inacessibilidade gratuita e a disparidade com o tema.

Palavras-chave: *Elderly, aged, xerostomia, dry mouth, mouth dryness, hyposalivation, asialia*

Resultados: A avaliação da produção das glândulas salivares é difícil, pois não existem estudos epidemiológicos suficientes para definir valores de referência universais para a secreção salivar. Estima-se que 30% da população com 65 anos de idade e superior experienciam esses distúrbios (2, 7, 12). As alterações salivares na população idosa têm como fatores etiológicos a desidratação, fumo, medicação, Síndrome de Sjögren, Síndrome Metabólica, Medicação; radioterapia da cabeça e pescoço e quimioterapia (2, 11, 12).

A xerostomia pode dificultar a alimentação e a fala, potenciar o aparecimento de lesões na língua e mucosas, cáries, dificuldade no uso de próteses, complicações periodontais e consequentes perdas dentárias.

O tratamento dos pacientes idosos com xerostomia baseia-se, na redução ou substituição dos medicamentos xerostomizantes, numa dieta com pouco açúcar e o uso fluoretos tópicos, pasta dos dentes contendo lactoperoxidase, bochechos antimicrobianos, ingestão de fluidos durante a alimentação, mastigação, medicamentos colinérgicos sistémicos, estimulantes salivares, lubrificantes e acupuntura.

Conclusão: A população idosa tem vindo a aumentar mundialmente, o que torna as condições de saúde sistémicas e orais associadas ao envelhecimento num tema bastante atual. A xerostomia está mais frequentemente associada aos idosos, que desencadeia uma série de distúrbios na cavidade oral debilitando e diminuindo a qualidade de vida.

Neste contexto, a sensibilização e atualização do Médico Família na temática da xerostomia, é pertinente para um correto diagnóstico e para a implementação de medidas terapêuticas apropriadas.

P 38

ABORDAGEM DE EQUIMOSES NO IDOSO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Pedro Tiago Pinto, José Mário Costa
USF São João do Porto, USF Esposende Norte

Introdução: As equimoses no idoso são um fenómeno comum, decorrente do normal envelhecimento cutâneo, que no limite deve ser aceite como normal, inevitável e expectável; contudo uma abordagem

sistemizada pode levar à identificação de causas, nomeadamente abuso físico pelo cuidador.

Objetivos: Descrever uma abordagem sistematizada das equimoses no idoso nos cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Pesquisa na *Pubmed* com os termos *MeSH contusion, elderly e primary care*

Resultados: Se após a colheita de história clínica completa (incluindo fármacos antiagregantes e antiplaquetários) e realização de exame físico, as equimoses forem essencialmente nos membros inferiores, sem petéquias, púrpura ou hemorragia de mucosa associada, e se não houver outros sinais de alarme ou história familiar, é legítimo não haver mais investigação e manter apenas uma vigilância periódica. Na presença de outros sintomas, um padrão atípico, com a existência ou não de petéquias, púrpura e hemorragia das mucosas, deve-se pedir hemograma com contagem plaquetária, esfregaço de sangue periférico, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial activada. Se os achados forem normais e outras etiologias forem excluídas, deve-se referenciar o doente para um especialista.

Discussão/Conclusões: As equimoses nos idosos são na maioria das vezes um achado normal. Contudo, o idoso pode sofrer abusos físicos e/ou ser portador de uma condição que predisponha ao desenvolvimento de equimoses. Assim, deve-se realizar uma história clínica e exame físico completos, e na presença de sinais de alarme, iniciar um estudo mais aprofundado e eventualmente referenciar para um especialista.

P 39

MAIS IDADE, MENOS SONO

Susana Prego de Faria¹, Ana Pontes², Cristina Carvalho³

Internas de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar da ¹UCSP Amarante I, ACeS Tâmega I; ²USF São Vicente, ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul; ³USF Tempo de Cuidar, ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul.

Introdução: Cerca de 50% dos idosos apresentam dificuldades em iniciar ou manter o sono. Alterações da fisiologia do sono próprias do envelhecimento e alterações circadianas com o envelhecimento são apenas parte das várias alterações cronobiológicas e fisiológicas que acompanham o envelhecimento. As perturbações do sono podem ser de causa primária ou secundária. São mais comuns e mais graves na demência tornando-se um dos focos de intervenção prioritária nesta patologia.

Objetivo: Rever as alterações do padrão do sono e determinar as alterações patológicas do sono que podem ser tratadas ou remediadas, dado impacto funcional e na qualidade de vida do doente com idade avançada.

Metodologia: Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica de artigos de revisão na base de dados Medline/Pubmed e outros artigos pertinentes. Foram incluídos artigos escritos em inglês ou português.

Discussão: O envelhecimento traz alterações quantitativas e qualitativas no sono que estão associadas a maior morbidade e mortalidade. Dado impacto funcional e na qualidade de vida do doente com idade avançada, é importante avaliar o padrão de sono e determinar as alterações patológicas do sono passíveis de intervenção. Há perturbações primárias relacionadas com a idade ou secundárias a doenças crónicas ou perturbações psiquiátricas. O tratamento pode passar por medidas de higiene do sono ou psicoterapia, ou depender de tratamento farmacológico.

Conclusão: Uma avaliação cuidada e rigorosa da qualidade e quan-

tidade do sono, juntamente com o tratamento adequado e informado, são medidas que devem ser lembradas podendo ter grande impacto na qualidade de vida, menor morbidade e mortalidade do idoso.

P 40

PODEMOS FALAR DE SEXO?

Laura Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹, Mafalda Barrigas², Margarida Nunes².

¹USF Plátano, ²USF Portus Alacer - Centro de Saúde de Portalegre

Introdução: A sexualidade no idoso continua a ser um tema tabu, repleto de falsas crenças e mitos. A evidência demonstra que o idoso é sexualmente ativo e, nalguns casos, mais do que a população geral adulta. A idade não é um obstáculo para desfrutar de uma vida sexual plena.

Objetivos: Analisar os fatores que interferem com a sexualidade do idoso.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey*, *UptoDate* e *SciELO*, de artigos publicados entre 2010 e 2016, em Inglês e Espanhol, utilizando os termos *MeSH: sex and the elderly e sexualidad en el anciano*.

Resultados: Existem vários fatores que impedem que o idoso viva a sua sexualidade, entre os quais se destacam a viuvez (a principal causa de abstinência sexual, sobretudo na mulher), relações muito prolongadas (monotonia e perda de desejo sexual), coabitação com várias gerações (perda de intimidade do casal), preocupação com a imagem, disfunções sexuais, consumo de substâncias tóxicas como álcool e tabaco (diminuem a libido, transtornos da ereção), comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, patologia respiratória) e o seu tratamento farmacológico (diminuição do desejo sexual).

Conclusão: A sexualidade deve fazer parte da abordagem integral do paciente idoso, desmistificando-a e contribuindo para que seja compreendida e acima de tudo aceite pela sociedade em geral.

P 41

CUIDAR DO CUIDADOR

Beatriz Nobre Filipe¹, Iolanda Marques¹, Ângela Pinto², Ignacia Pece-llin¹; José Barriga¹

¹USF Quinta da Prata, Borba, ²USF Plátano, Portalegre

Introdução: O cuidador informal, auxilia a pessoa que é parcial ou totalmente dependente nas suas atividades da vida diária. O cuidador encontra-se na rede social de apoio informal e assume esta responsabilidade de forma voluntária ou imposta.

Objetivos: Entender os verdadeiros impactos na vida dos cuidadores informais e quais as estratégias que poderiam minimizá-los.

Material e métodos: Pesquisa na literatura científica, que incluiu meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados e controlados nas seguintes bases de dados científicas: *SciELO* e *ClinicalKey*. Foram incluídos artigos escritos em língua Portuguesa, Castellana e Inglesa, publicados nos últimos 10 anos, utilizando os seguintes termos *MESH*: "cuidador informal" e "informal caregiver".

Resultados: Dos 2124 resultados iniciais, foram analisados 474 artigos, dos quais 5 cumpriam critérios de inclusão. Os artigos demonstraram que os principais impactos na vida do cuidador informal são: 1. Lombalgias de sobrecarga, consequência das AVD; 2. Stress crónico que parece estar relacionado com a elevação da tensão arterial; 3. Depressão que se encontra diretamente relacionada com o nº de horas despendidas no cuidado ao idoso; 4. Dificuldades de interação, que causam grande desgaste emocional e psíquico; 5. Escassez de



recursos financeiros.

Estas alterações na vida do cuidador acabam por ter um enorme impacto nos cuidados que presta e na relação que estabelece com o idoso dependente.

Discussão/Conclusões: A atividade do cuidador informal implica uma enorme sobrecarga física, mental, social e económica, pelo que pensamos ser urgente a criação de programas de apoio que aliviem esta carga. É necessária a implementação de programas que integrem equipas multidisciplinares com vista a fornecer apoio especializado aos cuidadores. Estes programas prestariam apoio a vários níveis: incentivando a troca de experiências entre cuidadores, dando formação técnica, com vista à aquisição de competências nas AVD de forma a melhorar da qualidade de vida do idoso dependente e do cuidador e integrando ainda um modelo de descanso do cuidador.

P 42

OSTEOPOROSE NO HOMEM

Helena Isabel Fernandes, Cheila Sousa, Raquel Osório, Rita Ferrão, Tomásia Cafófo, Helena Clemente
USF Global - Nazaré; ULSLA - UCSP Grândola

Introdução: A osteoporose no homem é uma doença heterogénea que tem recebido pouca atenção. Em todo o mundo, 1/3 das fraturas da anca ocorrem nos homens. Este problema é mais prevalente em homens com mais de 70 anos. A incidência de osteoporose nos homens é mais elevada entre os 70 e 85 anos.

Objetivo: Revisão da literatura sobre as causas, diagnóstico e tratamento da osteoporose nos homens.

Métodos: Pesquisa de artigos em inglês e português, em bases de dados *Pubmed* e *Medline* publicados nos últimos 10 anos, selecionando-se aqueles que melhor se adequam à proposta do trabalho.

Resultados: A osteoporose no homem classifica-se em 3 tipos: osteoporose senil; idiopática em homens de meia-idade e osteoporose secundária.

A etiologia pode ser idiopática, secundária a hipogonadismo, défice em vitamina D, ingestão inadequada de cálcio, tratamentos hormonais para o cancro da próstata, qualquer doença, tóxico ou fármaco que altere o metabolismo ósseo.

Uma história prévia de fratura osteoporótica deve ser tida em conta para o diagnóstico. Nos homens os fatores de risco mais importantes são: ≥ 70 anos, fratura prévia após os 40 anos, baixo índice de massa corporal, história materna de fratura, queda nos últimos 12 meses e sedentarismo.

Deve realizar-se osteodensitometria em homens ≥ 70 anos; homens ≥ 50 anos com fratura por trauma leve; homens com doenças conhecidas responsáveis por osteoporose secundária, como: hipogonadismo, uso de corticoides, alcoolismo e fatores de risco.

A realização de análises (função renal, tiroideia e hepática; urina 24h, cálcio, eletroforese de proteínas, etc) é indicada para avaliar doenças e causas de osteoporose secundária. Também está recomendada a determinação de marcadores biológicos do metabolismo ósseo (osteocalcina, fosfatase alcalina óssea, procologeno tipo 1, hidroxilisina, hidroxiprolina, piridinolina, etc).

O tratamento consiste na utilização de bifosfonatos, terapêutica hormonal e anticorpos monoclonais.

Discussão/Conclusão: Nos homens a testosterona tem um papel importantíssimo no metabolismo ósseo, semelhante ao papel dos estrogénios nas mulheres.

Níveis baixos de testosterona originam perda óssea e aumen-

tam o risco de fratura.

A osteoporose também é uma doença dos homens, e deve ser diagnosticada e tratada, tal como o é nas mulheres.

P 43

SEXUALIDADE EM GERIATRIA

Raquel Osório, Helena Fernandes, Rita Ferrão, Helena Clemente, Tomásia Cafófo, Licínio Fialho
USF Global

Introdução: Cerca de 50% dos idosos apresentam queixas relacionadas à sexualidade, apesar da hesitação em discutir sobre o assunto. Trata-se também de um tema por vezes negligenciado na avaliação dos doentes desta faixa etária, levando à falência no diagnóstico de disfunção sexual, da orientação das alterações do envelhecimento, bem como dos efeitos secundários a fármacos e sobretudo das orientações para o sexo seguro e prevenção de DST na terceira idade.

Não apenas as características genéticas e biológicas diferenciam o homem e a mulher nesta área mas também os papéis socialmente construídos, comportamentos e expectativas aprendidos, associados à feminilidade e à masculinidade.

Também no doente idoso, a sexualidade faz parte da sua identidade, da forma como o indivíduo estabelece a relação consigo e com os outros; integrando aspectos não apenas físicos mas também emocionais, intelectuais, espirituais e sociais.

Assim, é importante que o Médico de Família faça uma correcta avaliação do desejo do idoso com relação à expressão da sua sexualidade e/ou da relação sexual.

Objetivos: Rever e sumarizar os aspectos mais importantes na abordagem da sexualidade em geriatria.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *Pub-Med*, *UpToDate* e *Scielo*, de artigos publicados entre 2005 e Abril de 2016, em Português e Inglês, utilizando os termos *MeSH*: *geriatric sexuality*; sexualidade, geriatria.

Resultados: Na avaliação da sexualidade no idoso é importante perceber as alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como as doenças e/ou problemas de saúde previamente existentes. Em consulta será importante avaliar o impacto dos problemas deste foro na auto-estima, problemas emocionais, barreiras sociais, religiosas ou culturais e dificuldades na relação conjugal, sobretudo na falta de comunicação. A ausência de parceiro, a institucionalização e a existência de doenças terminais são factores que contribuem para maior probabilidade de um impacto negativo na vivência da sexualidade do indivíduo idoso. Durante esta avaliação devem ser garantidas a segurança do doente, a habilidade nas perguntas, a ênfase na escuta, o respeito ao idoso, bem como a forma do profissional se apresentar diante do doente.

Para o diagnóstico diferencial são vitais a anamnese detalhada com especial cuidado na terapêutica em uso e o exame objectivo completo. Não devendo ser esquecida a importância da abordagem da homossexualidade no idoso, bem como o abuso e a violência nesta faixa etária.

Conclusão: Com a idade aumentam os problemas sexuais de causa multifactorial, o que deve ser abordado em consulta pelo médico de família de forma a melhor perceber o impacto na qualidade de vida dos doentes, realizar diagnóstico diferencial da etiologia, sem negligenciar estes sinais como possíveis patologias corrigíveis e/ou com terapêuticas direccionadas com franca melhoria da vida deste doentes.

Em suma, a vivência da sexualidade no idoso de uma forma positiva

depende de vários factores, através dos quais doente e médico tem um papel principal, sobretudo no que respeita aos médicos de família que são a especialidade de excelência na avaliação deste doentes.

P 44

DOENÇAS ONCOLÓGICAS NO IDOSO – PARTICULARIDADES

Laura Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹, Mafalda Barrigas², Margarida Nunes²

USF Plátano¹, USF Portus Alacer² - Centro de Saúde de Portalegre

Introdução: As doenças oncológicas no idoso são mais frequentes na população idosa e constituem a segunda causa de morte.

Objetivos: Proporcionar conhecimentos atualizados sobre as doenças oncológicas no idoso e disponibilizar recomendações específicas para a sua abordagem.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey*, *UptoDate* e *SciELO*, de artigos publicados entre 2010 e 2016, em Inglês e Espanhol, utilizando os termos *MeSH: geriatric cancer e câncer en el anciano*.

Resultados: A prevalência e a incidência de patologia oncológica têm aumentado nos últimos anos e 60% das mortes ocorrem em população idosa.

As características diferenciais são a susceptibilidade ao tratamento (maior comorbilidade e menor reserva funcional), o comportamento neoplásico (maior agressividade e malignidade – leucemia mieloide aguda, linfoma de Hodgkin, glioblastoma, sarcoma osteogénico; evolução mais lenta – alguns tipos de cancro da mama e do pulmão), dificuldades para o diagnóstico precoce (comorbilidades, difícil acessibilidade aos cuidados de saúde, o “não querer incomodar ninguém”). As neoplasias mais frequentes são a da próstata, mama, cólon-retal, pulmão, estômago, bexiga e endométrio.

A decisão do tipo de tratamento (curativo ou paliativo) não deve basear-se única e exclusivamente na idade cronológica do paciente mas sim na expectativa de vida, risco de morbi-mortalidade e expectativas do paciente.

Conclusão: O risco de doença oncológica aumenta com a idade mas se for realizado um tratamento adequado a cura é possível, proporcionando a possibilidade de recuperar o bem-estar e de continuar a viver como o fazia antes da doença.

P 45

ABORDAGEM DA SINCOPE NO IDOSO

Helena Isabel Fernandes, Cheila Sousa, Raquel Osório, Rita Ferrão, Tomásia Cafófo, Helena Clemente

USF Global - Nazaré; ULSLA - UCSP Grândola

Introdução: A síncope define-se por uma perda de consciência momentânea devida a uma hipoperfusão cerebral global transitória caracterizada por uma instalação rápida, de curta duração, e por uma recuperação espontânea total. Existe um aumento dos episódios de síncope a partir dos 70 anos.

Objetivo: Qual a abordagem mais correta perante um paciente idoso com uma síncope.

Metodologia: Pesquisa de artigos em inglês, espanhol e português, em bases de dados *Pubmed*, *Medline*, publicados nos últimos 10 anos e que correspondam ao objetivo deste trabalho.

Resultados: A síncope tem uma etiologia multifatorial. As suas principais causas são: síncope reflexa (neuromediada), cardíaca, hipotensão ortostática e neurológica.

A avaliação inicial consiste na realização de uma história clínica

completa e centrada nas características do episódio sincopal, exame físico meticoloso e a realização de um ECG.

Se após a avaliação inicial não for possível determinar a etiologia da síncope deve-se continuar o estudo através da realização de outros exames complementares de diagnóstico, como: ecocardiograma, Holter 24 ou 48h, detetor de eventos implantável, estudo eletrofisiológico, realização de teste de Tilt e outros exames e avaliações que se considerem pertinentes de acordo com as características do episódio sincopal. Por diversas vezes não se obtém uma etiologia e nesse caso está-se na presença de uma síncope de etiologia indeterminada.

Discussão/Conclusões: A síncope no idoso é muito prevalente e apresenta uma elevada recorrência e taxa de mortalidade. A síncope nos idosos tem normalmente uma etiologia múltipla, o que dificulta a determinação do diagnóstico.

P 46

FIBRILHAÇÃO AURICULAR DE NOVO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS – UM CASO CLÍNICO

Eliézer Cerdas¹, Sara Fernandez²

¹Interno de MGF do 3º ano, ACES Central, ARS Algarve; ²Interno de MGF do 1º ano, ACES Central, ARS Algarve

Introdução: A decisão de anticoagular um doente com fibrilhação auricular (FA) de novo deverá ser efectuada após diagnóstico. Está bem predefinido as indicações para iniciar um antagonista da vitamina K ou um dos novos anticoagulantes orais (NACO). Muitas vezes, uma FA de novo diagnosticada nos cuidados de saúde primários pode levar a protelação de terapêutica anticoagulante pela pouca experiência clínica e pelo medo do risco hemorrágico.

Caso clínico: 78 anos, sexo masculino; antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata, hipertensão, hipercolesterolemia, excesso de peso e surdez; medicação habitual: olmesartan + hidroclorotiazida, amlodipina, serenoa repens, sinvastatina, bioflavonoides. Recorre a uma consulta nos cuidados primários, referindo palpitações quando realiza alguma actividade física moderada. Apresentava um exame objectivo sem alterações, normotenso com ritmo sinusal. Pediu-se um electrocardiograma e uma ecografia cardíaca que revelam uma FA não valvular. Estima-se o risco tromboembólico, hemorrágico e de queda, e opta-se por anticoagular com NACO, enquanto se pede análises e um Holter, para melhor avaliação da patologia.

Conclusão/Discussão: Numa FA de novo diagnosticado nos cuidados de saúde primários, não se deverá adiar terapêutica anticoagulante, mesmo quando há necessidade de outros meios complementares de diagnóstico, para uma melhor avaliação da patologia, ou enquanto se espera por uma consulta hospitalar mais diferenciada. O risco tromboembólico é (salvo raras excepções) sempre superior ao risco hemorrágico.

P 47

VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA EM IDOSOS – REALIDADE EM 3 UNIDADES DE CSP

Diana Rato, Isa Garcia, Ana Maria Fagundo, Filipa Filipe
UCSP Figueira da Foz Urbana, USF Briosa, USF Renascer

Introdução: A vacinação antipneumocócica é recomendada a todos os indivíduos com idade ≥ 65 anos e àqueles com risco de contrair Doença Pneumocócica Invasiva (DPI).

Objetivos: Determinar a percentagem de idosos de 3 ficheiros de Cuidados de Saúde Primários que realizaram pelo menos uma vacina antipneumocócica, sua caracterização e dos fatores de risco (FR) para DPI.



Material e métodos: Estudo descritivo observacional transversal; amostra aleatória simples dos idosos inscritos em 3 ficheiros com consulta médica no último ano.

Resultados: Nos ficheiros 1 (F1), 2 (F2) e 3 (F3), 23.3%, 4.91% e 29.5% foram vacinados com pelo menos uma vacina antipneumocócica, respetivamente. Destes, 6.25% (F1), 37.5% (F2) e 12.96% (F3) eram fumadores; 35.42% (F1), 37.5% (F2) e 14.81% (F3) tinham doença respiratória; 39.58% (F1), 0% (F2) e 11.11% (F3) tinham doença cardíaca e 47.92% (F1), 37.5% (F2) e 31.5% (F3) eram Diabéticos. Os idosos vacinados sem FR para DPI eram 16% (F1), 0% (F2) e 22% (F3).

Discussão/Conclusões: Apenas uma minoria dos idosos inscritos nestes ficheiros estava vacinada. Dos vacinados, a maioria tinha pelo menos um FR, sendo a diabetes o mais prevalente, o que poderá estar relacionado com o programa de vigilância destes utentes, que possibilita mais oportunidades para aplicação da recomendação. O baixo valor encontrado para os vacinados sem FR poderá ser explicado pelo expectável aumento de comorbilidades nesta faixa etária. As autoras salientam a importância da MGF no aconselhamento da vacinação aos idosos e a necessidade de alertar outros profissionais de saúde para este tema.

P 48

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOACÚSIA NO IDOSO

Raquel Osório, Helena Fernandes, Rita Ferrão, Helena Clemente, Tomásia Cafófo, Lício Fialho
USF Global

Introdução: A prevalência de alterações degenerativas aumenta significativamente com a idade. Estas alterações manifestam-se em todos os sistemas orgânicos, onde, entre outros, se destacam os órgãos dos sentidos. Nesta área, a perda de audição constitui, sem dúvida, uma das mais devastadoras experiências, comprometendo a principal forma de relação entre seres humanos: a comunicação. Actualmente, a deterioração da acuidade auditiva é uma das condições crónicas mais comuns em todo o mundo que, com o aumento da esperança média de vida, tem visto a sua prevalência aumentar progressivamente. Vários estudos têm demonstrado o impacto significativo que a hipoacusia moderada a severa exerce na qualidade de vida e no bem-estar geral do indivíduo idoso, com forte associação à depressão e ao isolamento, especialmente nos doentes com idade inferior a 70 anos.

Objetivos: Rever e resumir as características que permitem o diagnóstico diferencial da hipoacusia no idoso.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *PubMed*, *UpToDate* e *Scielo*, de artigos publicados entre 2005 e Abril de 2016, em Português e Inglês, utilizando os termos *MeSH*: *hearing loss elderly*; hipoacusia no idoso.

Resultados: A presbiacusia surge como a terceira patologia crónica mais comum, estimando-se que afecta cerca de 25-40% dos adultos com mais de 65 anos de idade na Europa e cerca de 80% dos indivíduos com mais de 85 anos, com maior incidência sobre o sexo masculino. A etiologia da perda auditiva associada ao envelhecimento tem ocasionado algumas discussões importantes, sendo de extrema importância elaborar uma história clínica detalhada, bem como o exame objectivo e meios complementares de diagnóstico necessários para o correcto diagnóstico. Tentar discriminar entre os efeitos de um processo natural de envelhecimento sobre o sistema auditivo e os efeitos ambientais e patológicos tem sido um grande desafio para os

pesquisadores desta área. A International Organization for Standardization, define os padrões para o indivíduo otologicamente normal, como os casos nos quais não há sinais ou sintomas de doenças de ouvido, incluindo obstrução do canal auditivo por cerúmen, sem história familiar de perda auditiva, sem exposição excessiva a ruído e sem exposição excessiva a drogas ototóxicas.

Conclusão: O diagnóstico e a intervenção precoce da perda auditiva associada à idade são fundamentais para uma boa qualidade de vida do indivíduo idoso. A indicação, adaptação e uso do aparelho de amplificação auditiva individual idealmente imediatamente após o diagnóstico de uma perda auditiva de grau leve e/ou moderado, poderá contribuir para a prevenção do aumento do grau de perda auditiva e de outras alterações relacionadas às questões psicossociais do indivíduo com perda auditiva.

Este trabalho é fundamental para reduzir as barreiras de comunicação das pessoas com perda auditiva, ajudando-as a melhor ajustar os impactos psicossociais, ocupacionais e educacionais da perda.

P 49

ABORDAGEM DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO

Raquel Gomes¹, Isabel Sousa², Rosana Silva³

¹USF Terras de Lanhoso, ²USF Via todos, ³USF Vimaranes

Introdução: A incontinência urinária afeta 20% da população portuguesa com mais de 40 anos. Dados recentes apontam para a existência de 600 mil portugueses com incontinentes nos diferentes segmentos etários. Com o envelhecimento da população a tendência será aumentar esta prevalência. A etiologia é multifatorial e afeta significativamente a qualidade de vida. Neste sentido torna-se imperativo uma intervenção precoce visando identificação das possíveis causas e tipo de incontinência para posteriormente orientar o tratamento. A avaliação inicial, geralmente ocorre nos cuidados de saúde primários. O médico de família deverá identificar a causa, tratar, se for o caso, referenciar.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Pubmed* e *Medscape* com seleção de revisões, metanálises e ensaios clínicos publicados entre 2005 e 2016 em Português e em Inglês.

Resultados: A incontinência classifica-se em incontinência de esforço, de urgência e mista, sendo a primeira a mais frequente. A história clínica do doente permite determinar o tipo, gravidade e implicações da incontinência. O primeiro passo consiste em identificar se é uma incontinência urinária transitória ou crónica. O despiste das causas de incontinência transitória é fundamental. Em relação à incontinência urinária crónica, existem questionários que permitem classificá-la.

Conclusão: A incontinência urinária constituiu um alvo de grande preocupação por parte da comunidade médica-científica. O médico de família assume um papel fulcral no diagnóstico e tratamento precoce. Deste modo torna-se imperativo a sensibilização destes especialistas para as causas de incontinência urinária, bem como sua abordagem.

Palavras-chave: Idoso, Incontinência urinária, abordagem

P 50

CONDUTOR SÉNIOR

Ana Pontes Cristina Carvalho Susana Faria

USF São Vicente USF Tempo de Cuidar UCSP Amarante 1

Introdução: A percentagem de condutores idosos tem vindo a aumentar devido ao envelhecimento da população, sendo uma das consequências do aumento da esperança média de vida. Verifica-se que

a taxa de mortalidade dos condutores com mais de 75 anos é cinco vezes superior à da média dos condutores. Esta maior vulnerabilidade dos condutores idosos deve-se essencialmente a alterações sensoriais, físicas e cognitivas que surgem associadas ao envelhecimento. A origem deste problema deveria resolver-se com a obrigatoriedade de os condutores terem de passar a renovar periodicamente a carta de condução e, para isso, terem de apresentar um atestado médico como comprovativo de continuarem a reunir as condições necessárias para uma condução segura.

Objetivo: Rever as condições médicas que necessitam de parecer de especialidade e as que tornam o condutor inapto.

Metodologia: Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica de artigos de revisão na base de dados *Medline/Pubmed*, normas de orientação clínica da direção geral de saúde e documentos do Instituto da mobilidade e dos transportes terrestres (IMTT). Foram aceites artigos escritos em inglês ou português.

Resultados: As alterações sensoriais (visão, audição), físicas (doenças, comorbilidades, polimedicção) e cognitivas (de memória, de atenção, de processamento e execução, de capacidade de tomada de decisões) levam à necessidade de uma avaliação cuidada e criteriosa do doente idoso que necessita de renovação da carta de condução. É importante alertar o doente acerca das condições /restrições aplicadas na carta como mecanismos de proteção, e numa fase mais avançada, a preparação do doente para a cessação da condução, com motivação para a utilização do transporte público e especial atenção para que não leve ao isolamento do doente.

Conclusão: O atestado médico necessário para renovação de carta de condução muitas vezes é encarado como um mero documento burocrático. Desta forma é essencial sensibilizar os médicos para uma correta avaliação, requisição de parecer quando necessário e conhecimento da legislação em vigor.

P 51

CASO CLÍNICO: HIPERTENSÃO ARTERIAL – MAPA

Elsa Costa, Alberto Lourenço, Lia Torres, Miguel Domingues, Rubina Maciel dos Santos, Sílvia Camões
USF Monte Crasto, USF Amanhecer, USF São Pedro da Cova, USF Nascente

Introdução: As doenças cardiovasculares são as mais importantes causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, representando um enorme encargo financeiro sobre os sistemas de saúde. Portugal é um dos países europeus com as taxas de mortalidade (TM) por acidentes cerebrovasculares mais elevadas (TM por 100000 habitantes por doença cerebrovascular é de 71.07 e por doença cardíaca isquémica é de 39.87). A HTA (Hipertensão Arterial) é um fator de risco reconhecido de morbilidade e mortalidade CV e renal. A partir de valores de 115/75 mm Hg, o risco CV duplica de cada vez que a PAS aumenta 20 mm Hg e a PAD aumenta 10 mmHg.

Caso clínico: JGS, 69 anos, sexo masculino, reformado, autónomo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata.

Utente com diagnóstico de HTA de grau I desde janeiro de 2014, sem lesão de órgão alvo, medicado com ramipril 5 mg + hidroclorotiazida 25 mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço.

Em abril de 2014 por queixas de tonturas recorreu ao seu médico assistente. Ao exame objetivo apresentava tensão arterial (TA) média de 110/60mmHg e frequência cardíaca (FC) de 70bpm. Exame neurológico sem alterações. Foi assumido quadro de hipotensão postural

tendo sido alterada a medicação da TA para ramipril 5mg 1 comprimido ao pequeno-almoço. Por novo episódio de tonturas após o almoço recorreu novamente a uma consulta. Ao exame objetivo TA média de 90/50mmHg, FC 61bpm. Foi pedido MAPA e foi alterada a medicação para ramipril 2.5mg 1 comprimido de manhã. Após resultado de MAPA foi alterada a medicação a posologia da medicação para a TA passando a tomar ramipril 2.5mg 1 comprimido à noite.

Resultados: MAPA (29/07/2015): Valores médios da pressã sistólica e diastólica noturna acima dos limites da normalidade; cargas tensionais sistólicas e diastólicas noturnas acima dos limites da normalidade; perfil não fisiológico da curva, do tipo “dipper invertido”.

Conclusão: A HTA é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.

A monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) é um método não invasivo, pelo qual múltiplas e indirectas medidas da TA são realizadas automaticamente. As principais indicações para o emprego clínico da MAPA são a HTA da bata branca, HTA de difícil controlo/refractária, HTA paroxística e sintomas hipotensivos em doentes sob terapêutica anti-hipertensora.

A terapêutica anti-hipertensora está associada a uma redução significativa da incidência de eventos major cardiovasculares (exemplo: AVC, enfarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e, de uma forma geral, em todos os eventos de natureza vascular).

P 52

CARÚNCULA URETRAL – UM CASO DE HEMORRAGIA GINECOLÓGICA

Elsa Costa, Lia Torres, Miguel Domingues, Rubina Maciel dos Santos, Sílvia Camões
USF Monte Crasto, USF São Pedro da Cova, USF, Nascente, USF Amanhecer

Introdução: A carúncula uretral consiste num prolapso distal do segmento distal da mucosa uretral. Trata-se da lesão mais comum da uretra feminina, ocorrendo maioritariamente em mulheres na pós-menopausa. A deficiência em estrogénios é um fator de predisposição, resultando na atrofia do uroepitélio com consequente inflamação crónica, contribuindo para o crescimento, hemorragia e necrose da mucosa uretral. Na maioria dos casos é um achado incidental ao exame ginecológico, no entanto, quando sintomática, apresenta-se como perda hemática escassa que pode estar associada a disúria, desconforto local ou obstrução do fluxo urinário.

O diagnóstico é clínico, baseando-se nos achados ao exame ginecológico: presença de protuberância exofítica, pedunculada ou sésil do meato uretral, usualmente com <1 a 2cm. A induração local indica possível causa neoplásica, pelo que a biopsia deverá ser considerada se diagnóstico incerto.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, totalmente dependente para as atividades de vida diárias, com antecedentes de doença de Alzheimer, osteoartroses generalizadas e colostomizada por volvos do sigmoide de repetição. Sem medicação habitual. A utente recorre ao Serviço de Urgência do Centro Materno-infantil do Norte acompanhada da cuidadora por apresentar episódios recorrentes de perda hemática genital com duas semanas de evolução, tendo o último episódio sido em maior quantidade. Sem outros sintomas. Ao exame objetivo apresentava-se consciente, colaborante e com discurso incoerente. Ao exame ginecológico apresentava carúncula uretral, sem outras lesões



vulvares ou vaginais, sem sinais de perdas hemáticas ativas. Ao espéculo apresentava sinais de atrofia vaginal e colo atrofico. Toque bimanual indolor, fundo de saco livre e sem massas ou organomegalias palpáveis. Na ecografia transvaginal apresentava características normais para idade, nomeadamente endométrio linear. Dada alta com estrogénio de aplicação tópica diária.

Conclusão: A carúncula uretral é uma lesão comum e de fácil diagnóstico, cujo tratamento deve ser ponderado apenas nos casos sintomáticos, baseando-se na aplicação tópica de estrogénios. O Médico de Família deve ter esta hipótese diagnóstica presente na sua prática clínica como causa de perda hemática genital em mulheres pós-menopáusicas.

Palavras-chave: Carúncula uretral, hemorragia ginecológica

P 53

ESTUCCOQUERATOSE: UM DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

Joana Pereira, David Rodrigues, Hugo Salgueiro, Joana Fernandes, João Abrantes, João Sequeira, Nídia Nunes, Nuno Páscoa, Susana Lourenço

USF Planície; USF Eborae; Hospital do Espírito Santo - Évora

Enquadramento: A Estuocoqueratose (EQ) traduz um distúrbio localizado da queratinização, sendo considerada, segundo alguns autores, variante da queratose seborreica. Ocorre sobretudo em idades avançadas, no sexo masculino (4:1) e indivíduos com baixo fotótipo. Afecta preferencialmente zonas extensoras distais dos membros, onde ocorre maior fotoexposição. A sua baixa prevalência (10%), o facto de ser maioritariamente assintomática e algumas vezes confundida com outras lesões relacionadas com a exposição solar, negligenciam o seu diagnóstico.

Caso clínico: Homem caucasiano de 79 anos, casado, com antecedentes de carcinoma da tiróide e prótese mecânica mitral, é observado em consulta de Dermatologia, por referência do Médico de Família (MF) para avaliação de lesões cutâneas cervicais e na face, objectivadas como queratoses seborreicas; e lesão verrucosa, compatível com lesão por Papilomavírus.

Durante a consulta, após observação de toda a superfície cutânea corporal, são identificadas múltiplas lesões papulosas, milimétricas, na região distal dos membros inferiores e face dorsal dos pés, indolores, endurecidas e facilmente destacáveis. Segundo doente com vários anos de evolução e aumento progressivo do seu número.

Foi explicada benignidade do diagnóstico incidental, com exposição dos métodos para remoção, aos quais o doente decidiu não aceder. O doente teve alta com terapêutica para remoção da lesão verrucosa e indicação para manutenção de vigilância no MF.

Discussão: Ainda que a EQ não tenha carácter maligno/rapidamente evolutivo, a sua identificação exclui exames de diagnóstico que acarretam gastos e ansiedade para o doente. O relato de novos casos, permitirá o melhor conhecimento desta entidade pouco descrita na literatura e o esclarecimento da sua etiologia/factores predisponentes.

P 54

ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS NO IDOSO – DA FISIOLÓGIA À PATOLOGIA

Laura Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹, Mafalda Barrigas², Margarida Nunes²

USF Plátano¹, USF Portus Alacer² - Centro de Saúde de Portalegre.

Introdução: A abordagem das alterações endócrinas no idoso acarreta algumas particularidades devido às características epidemiológi-

cas, clínicas e terapêuticas.

Objetivos: Proporcionar conhecimentos atualizados sobre as particularidades da patologia endócrina no idoso e disponibilizar recomendações específicas para a sua abordagem pelo especialista de Medicina Geral e Familiar.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey*, *UptoDate* e *ScieB*, de artigos publicados entre 2010 e 2016, em Inglês e Espanhol, utilizando os termos *MeSH: geriatric endocrine disorders* e patologia tiroideia en el adulto mayor.

Resultados: As manifestações da patologia endócrina são frequentemente atípicas, de início insidioso, podendo até ser atribuídas ao processo de envelhecimento ou a alterações de outros órgãos e sistemas motivando um diagnóstico tardio.

A diabetes mellitus é a endocrinopatia mais frequente, seguida pela patologia tiroideia cuja incidência no idoso é superior à da população geral, particularmente o hipotireoidismo.

As alterações hipofisárias estão relacionadas com as modificações corporais próprias do envelhecimento.

As alterações no ritmo circadiano da secreção do cortisol estão relacionadas com alterações do sono e com quadros depressivos, metabolismo e eficácia de fármacos.

O diagnóstico de insuficiência suprarrenal, pode ser tardio se considerarmos a astenia, hipotensão e perda de peso como sintomas do processo de envelhecimento.

A diminuição da secreção de testosterona e de estradiol condicionam hipogonadismo.

Conclusão: Na abordagem das alterações endócrinas no idoso devem ser consideradas as características fisiológicas próprias do envelhecimento. O tratamento, quando indicado, exige cautela pelo elevado risco de iatrogenia.

P 55

HIPOTERMIA... NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS!

Pedro Miguel de Almeida Lopes Daniela Pedro Correia
Centro Hospitalar do Oeste USF Tornada - ACES Oeste Norte

Enquadramento: Hipotermia é definida pela ocorrência da temperatura central para valores iguais ou inferiores a 35°C. Os sintomas iniciais são tremores e calafrios, que podem evoluir para confusão, amnesia, hipotensão e até morte.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 76 anos, acamado, residente em Lar. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, status AVC isquémico, obesidade.

A 22/12/2015, foi transportado ao SU por um quadro de prostração. Apresentava temperatura timpânica de 29,5°C, tendo feito aquecimento artificial com melhoria da prostração. Sem alterações nas análises, ECG, radiografia de tórax e urocultura, pelo que teve alta. Um mês depois foi novamente trazido ao SU, por um quadro semelhante. O aquecimento artificial reverteu a prostração, analiticamente sem alterações relevantes e mais uma vez o ECG, radiografia de tórax e urocultura não continham alterações, pelo que teve alta.

Uma semana mais tarde, nova vinda ao SU pelo mesmo motivo. Realizou aquecimento artificial com bom resultado e uma vez que o estudo voltou a ser inconclusivo, a situação foi sinalizada à Assistente Social a fim de se realizar uma vistoria ao Lar em busca de uma eventual causa.

Discussão: Os idosos constituem um grupo de risco para hipotermia. O tratamento, passa por medidas de aquecimento e assim que a normal temperatura corporal é atingida devemos investigar eventuais causas. Neste caso, uma vez que em nenhuma das três idas ao SU

se identificou a causa da hipotermia referenciou-se a situação à Assistente Social a fim de vistoriar o Lar.

P 56

SOBREUTILIZAÇÃO DOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

Carolina Ponte, Ana Sofia Vitorino

USF KosmUS (ACES Cascais) UCSP Parede (ACES Cascais)

Introdução: Os inibidores da bomba de protões (IBP) são uma das classes terapêuticas mais prescritas a nível mundial, e a sua utilização aumenta com a idade. O elevado consumo de IBP deve-se, em parte, à sua prescrição por motivos inadequados e por um período de tempo superior ao recomendado. Dados recentes sugerem que a exposição a longo prazo aos IBP pode colocar os doentes, particularmente os idosos, em risco acrescido para reações adversas potencialmente graves.

Objetivos: Reconhecer os critérios clínicos para a utilização de IBP; Identificar estratégias para a descontinuação dos IBP.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Pubmed*, *Uptodate* e *Cochrane Library* de artigos publicados entre 2006 e março de 2016, em inglês e português, utilizando os termos *MeSH proton pump inhibitors*, *elderly* e *withholding treatment*.

Resultados: Os IBP estão indicados no tratamento a curto prazo da úlcera duodenal e gástrica, da esofagite de refluxo, da doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) sintomática e na erradicação do *Helicobacter Pylori*; a longo prazo dos estadios graves de DRGE e na Síndrome de Zollinger-Ellison; e profilaticamente em doentes em tratamento com anti-inflamatórios não esteróides (AINES).

Apesar de não existir consenso, a descontinuação gradual parece ser mais eficaz, comparativamente à suspensão abrupta, dado o risco de hipersecreção ácida de *rebound*.

Discussão/Conclusões: É fundamental analisar individualmente, e em particular nos idosos, a relação risco/benefício da utilização de IBP. Os conhecimentos dos critérios clínicos e de metodologias eficazes para a sua descontinuação são cruciais na prevenção da sobreutilização dos IBP.

P 57

SERÃO OS IBPS REALMENTE SEGUROS EM IDOSOS?

UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Catarina Trindade, Mariana Gayo, Ana Beatriz Figueiredo, Sibila Amaral, M Manuela Bernardo, Rafael Cunha, Álvaro Teixeira, Manuel Gonçalves, Marta Travessa, Catarina Possidónio, Lílina Moita, Helena Monteiro

USF Gerações, USF Conchas, UCSP Sete Rios, USF Carneiro Quer, USF Rodrigues Miguéis, UCSP Sete Rios, USF Parque

Introdução: Os inibidores da bomba de protões (IBP's) são fármacos amplamente prescritos a pessoas idosas, sendo o seu perfil de segurança bem conhecido em tratamentos curtos (<12semanas). Contudo, estes fármacos fazem frequentemente parte da medicação crónica nesta população, ganhando assim relevância os seus efeitos adversos.

Objetivo: Analisar os efeitos adversos da utilização crónica (>12semanas) de IBP's nos idosos.

Métodos: Pesquisa na *Pubmed* e *Medline* através dos termos *MeSH: elderly*, *proton-pump inhibitor*, *hypocalcemia*, *hypomagnesemia*, *vitamin B12*, *fracture*, *pneumonia*, *clostridium difficile*, *adverse effects*. Utilizou-se a questão PICO (*elderly*; *chronic treatment IBP's*; *no treatment*; *adverse effects*).

Resultados: Dos 505 artigos obtidos, 27 foram elegíveis pelos critérios de inclusão estabelecidos segundo a PICO, escritos em Inglês e com data de publicação não inferior a 2008.

Discussão: As evidências sugerem risco acrescido de fraturas ósseas (anca, punho e coluna), arritmias, anemia por défice de absorção de ferro e vitamina-B12, assim como hipocalcémia, hipomagnesémia e uma maior suscetibilidade a pneumonias e infeções por *Clostridium difficile*. Alguns estudos evidenciam ainda uma possível associação entre o tratamento crónico e o desenvolvimento de demência. Os idosos não parecem ter maior risco de manifestar os restantes eventos adversos dos IBP's.

Conclusões: Os idosos constituem efetivamente um grupo de risco acrescido para determinadas reações adversas por tratamento prolongado com IBP's. É imperativo uma análise individualizada, ponderando o risco/benefício. Idealmente, a utilização destes fármacos seria em dose mínima eficaz e pelo menor tempo possível, reavaliando regularmente a sua necessidade.

P 58

VAMOS MELHORAR A PRESCRIÇÃO NO IDOSO!

Margarida Nunes¹, Ângela Bento Pinto², Laura Magalhães Gonçalves

¹Centro de Saúde de Portalegre - USF Portus Alacer, ²Centro de Saúde

Introdução: As alterações relacionadas com a idade determinam uma cuidadosa terapêutica farmacológica. Com o envelhecimento aumenta o número de doenças crónicas, sendo maior o número de medicamentos prescritos e, conseqüentemente, maior o risco de interações farmacológicas e reações adversas.

Objetivos: Realizar uma revisão sistemática destinada a sensibilizar os Médicos de Família na utilização de estratégias para melhorar a prescrição no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos nas bases de dados *Pub-Med*, *UpToDate* e *SciELO*, em Português, Inglês e Espanhol, nos últimos 10 anos, usando os termos *MeSH drug prescribing* e *elderly*, revistas médicas e livros de texto de geriatria.

Resultados: O processo de envelhecimento é muito variado, repercute-se de modo diverso no funcionamento das estruturas orgânicas, com conseqüentes alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, obrigando a uma individualização do regime terapêutico, a chamada "personalização" da terapêutica. É essencial em todas as consultas reavaliar a medicação crónica do idoso, conhecer o perfil de efeitos secundários dos medicamentos prescritos, ter presente que a farmacocinética e a farmacodinâmica do envelhecimento aumentam o risco de reações adversas, simplificar o regime de prescrição e rever doses, suspender fármacos sem indicação clínica e explorar abordagens terapêuticas não farmacológicas. Existem ferramentas validadas para a avaliação da prescrição inapropriada no idoso, como os Critérios de Beers e os critérios *STOP/START*.

Discussão/Conclusões: O Médico de Família deve ter presente que um dos primeiros objectivos na terapêutica do idoso é a melhoria da sua qualidade de vida, devendo utilizar as estratégias que visem o uso racional de medicamentos.

P 59

ZONA NESTA ZONA?

Unidade de Saúde Familiar Gama - Centro de Saúde de Torres Vedras

A "Zona" (Herpes-zoster) é provocada pela reativação do vírus varicela-zoster, e o aumento da sua incidência está relacionado com o aumento da idade.



A apresentação inicial caracteriza-se por sintomas prodrômicos, evoluindo para uma erupção cutânea, que assume uma distribuição periférica correspondente ao nervo envolvido. Normalmente, o atingimento é unilateral, circunscrito a um dermatomo, com predominância no tórax e face. A maioria dos casos evolui para a resolução completa, no entanto, pode progredir para nevralgia pós-herpética, definida por dor neuropática crônica, cuja incidência aumenta com a idade. O presente caso demonstra a importância do conhecimento das diferentes manifestações que as patologias podem apresentar, tendo em conta o grupo etário do doente.

Trata-se de um caso de uma doente de 76 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao médico de família por lesões vesiculares no membro superior e mão esquerdos, associadas a dor na mão tipo “ardência”, com 4 dias de evolução, medicada com antivírico e opióide orais. Após 15 dias, recorreu novamente ao médico de família por agravamento da dor, medicada com opióide e anticonvulsivante orais.

Cerca de 3 meses após o início do quadro refere manutenção da dor na região anteriormente afetada pelas lesões, compatível com o diagnóstico de nevralgia pós-herpética.

Este caso demonstra a importância da avaliação individualizada do doente idoso cujas patologias podem adquirir manifestações atípicas, com decursos de doença que diferem do doente não idoso.

P 60 AMIODARONA E DISFUNÇÃO TIROIDEIA NO IDOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliane A. Rocha, Ana Sofia Vitorino
USF S. Domingos de Gusmão, UCSP Parede

Enquadramento: A amiodarona é um fármaco anti-arritmico muito eficaz, difusamente usado mas que pode causar disfunção tiroideia em 15-20% dos casos. Este caso clínico pretende ilustrar a importância de não negligenciar este fenómeno.

Caso clínico: Idosa, 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial; fibrilhação auricular (FA); osteoartrite dos joelhos; hipoacusia e síndrome vertiginosa. A medicação habitual incluía anti-hipertensores de várias classes, varfarina e amiodarona. Utente recorreu ao centro de saúde, em contexto de consulta aberta, por astenia e dispneia para pequenos esforços apresentando no exame objetivo pulso arritmico com resposta ventricular rápida, pelo que foi referenciada à urgência hospitalar (SU). Posteriormente, já em consulta programada percebe-se a ocorrência de vários destes episódios sintomáticos com recurso ao SU. Ainda na mesma consulta, objetiva-se períodos de confusão, apesar de se encontrar orientada. Pediu-se estudo analítico que revelou hipotireoidismo subclínico, sendo a causa mais provável a iatrogenia. Deste modo, em articulação com a consulta de Cardiologia, que a utente já frequentava, optou-se pela redução progressiva da amiodarona até suspensão e introdução de beta-bloqueante para controlo da frequência cardíaca (FC). Atualmente, a utente apresenta melhoria da sintomatologia, bem como, da função tiroideia e controlo da FC com a nova terapêutica instituída. Não se detetaram novos episódios de confusão.

Discussão: Dada a frequência da pluripatologia e polimedicação na consulta de medicina geral e familiar torna-se relevante estar alerta para este fenómeno, nomeadamente na população idosa.

P 61 BENEFÍCIOS DA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM GRUPO EM IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO.

Vera Neves da Silva¹, Cátia Freire²

¹Hospital Nossa Senhora da Arrábida; ²Residências Porto Salus

A estimulação cognitiva (EC) tem vindo a tornar-se numa intervenção de importância crescente numa sociedade em que a população está cada vez mais envelhecida e preocupada com o declínio das suas habilidades mentais. Estudos controlados demonstraram alterações positivas significativas a nível cognitivo e dos índices de qualidade de vida após integração em planos de EC.

Objetivos: Atendendo a essas alterações disruptivas do bem-estar biopsicossocial do idoso, foi criado um projecto com o intuito de melhorar a qualidade de vida de idosos com défices cognitivos.

Métodos: Foram avaliadas 9 pessoas, 8 delas institucionalizadas em residências sénior e uma delas vivendo no seu domicílio. Apenas foram tidas em conta 5 avaliações. Para a avaliação foram utilizados as provas/escalas *MEEM/MoCA*, *GDS* e *UCLA*. Posteriormente, os sujeitos foram inseridos num programa bi-semanal constituído por sessões de EC, Classe de movimentos e espaço lúdico, de modo a promover permanentemente a componente social.

Resultados: Esperam-se encontrar melhorias na sintomatologia depressiva, no bem-estar social, na auto-estima e na performance cognitiva.

Discussão/Conclusões: Este programa baseado em evidências tem demonstrado melhorias em múltiplos parâmetros correlacionados com o bem-estar nos idosos. Os resultados mostram ser pouco homogêneos devido à variabilidade de variáveis, necessitando assim de ser feito um estudo em larga escala onde as mesmas possam ser controladas. As estratégias utilizadas neste estudo no entanto demonstram ser benéficas quando usadas concomitantemente com fármacos, devendo ser implementadas como base terapêutica em pessoas com diagnóstico de demência ou défice cognitivo.

P 62 PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS: IMPLICAÇÕES EM INTERNAMENTO DE CONVALESCENÇA

Liliana Miguel Fernandes, Maria João Duarte, Helena Bárrios
Hospital do Mar

Introdução: O processo de envelhecimento caracteriza-se por uma diminuição da massa magra, traduzida pela sarcopénia, o que aumenta o risco de desnutrição. O *Mini Nutritional Assessment*® (*MNA*®) é um questionário de avaliação que está validado para populações geriátricas e que permite identificar doentes desnutridos.

Objetivo: Determinar a prevalência de desnutrição nos idosos no momento da admissão e em contexto de convalescença.

Material e métodos: Estudo retrospectivo. A amostra foi constituída por todos os doentes idosos em convalescença, cuja admissão decorreu entre 15 de Maio a 12 de Novembro de 2015. Foram estudadas variáveis demográficas e os resultados do *MNA*®.

Resultados: Dos 95 doentes acompanhados, em que 53 (55,8%) eram mulheres, a idade média foi de 79 anos. No momento da admissão, e de acordo com o índice de massa corporal, verificou-se que a maioria dos doentes (34 = 42,5%) estavam em eutrofia e apenas 23 (28,8%) desnutridos, mas que 67 (70,5%) já apresentavam uma perda ponderal anterior significativa a grave. Foi possível aplicar o *MNA*® a 78 destes doentes, estando 50 (64,1%) sob risco de desnutrição e 28 (35,9%) desnutridos, indo este último valor ao encontro do

que consta na literatura (30% a 70%).

Conclusão: Constatou-se que no momento da admissão, os doentes já se encontravam em risco de desnutrição ou mesmo desnutridos. Dado que são doentes frágeis, com condições físicas muito desfavoráveis para reabilitação, é imprescindível a avaliação precoce e o acompanhamento efetivo por um nutricionista.

P 63

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: IMPACTO DA INTERVENÇÃO DE UM GRUPO DE FERIDAS NUM HOSPITAL GERIÁTRICO

Inês Dinis, Miguel Soares, Cátia Carvalho, Natália Mudritskaya, Maria João Marruz, Helena Bárrios
Hospital do Mar

Introdução: As úlceras por pressão (UPP) são uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores. Estudos realizados nos EUA, indicam uma prevalência de 15% e incidência de 7%. Dados epidemiológicos nacionais revelam uma prevalência média de 11,5%, e incidência entre 12,9% e 6,3%. Estes dados permitem às instituições de saúde planificar recursos e serviços. Neste sentido, torna-se fundamental a existência de um grupo de feridas pois permite melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados prestados, bem como implementar e coordenar medidas de prevenção, tratamento, formação e investigação, de forma sistematizada e baseadas na evidência.

Objetivo: Demonstrar o impacto da intervenção de um grupo de feridas, num hospital geriátrico, nas taxas de incidência e prevalência de UPP.

Materiais e métodos: Estudo longitudinal, quantitativo e descritivo da população com UPP no período de 2010 a 2015.

Resultados: Após a constituição do grupo de feridas em 2010 implementaram-se protocolos de prevenção e tratamento de feridas, formação interna, consultoria e auditorias. No período em análise verificou-se uma diminuição da taxa de incidência de UPP de 8,69% para 3,48% e da taxa de prevalência de 23,61% para 12,95%. De realçar, que ao longo deste tempo a capacidade do Hospital passou de 112 para 145 camas, sem alteração da tipologia da população alvo de cuidados.

Discussão/Conclusões: O presente trabalho permitiu reforçar a importância e o impacto de um grupo de feridas na diminuição das taxas de incidência e prevalência num hospital geriátrico.

P 64

OSTEOARTROSE – O USO DE CONDROPROTETORES RECOMENDA-SE?

Joana Matos Bessa
USF Fiães

Introdução: A osteoartrose é uma patologia degenerativa articular com impacto na qualidade de vida da população idosa. O seu tratamento focaliza-se no alívio dos sintomas com recurso a analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e fármacos de administração local. Este plano de tratamento tem vindo a ser complementado com o uso de condroprotetores, que visam retardar o percurso desta patologia, porém, o seu impacto no curso da osteoartrose é questionável.

Objetivo: Rever evidência bibliográfica para a utilização de condroprotetores no tratamento da osteoartrose.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica na *Pubmed* de artigos publicados nos últimos 5 anos, em inglês, utilizando os termos *MeSH osteoarthritis, glucosamine/therapeutic use, chondroitin/therapeutic use*.

Resultados: Da pesquisa bibliográfica obtiveram-se 87 artigos, dos quais 22 cumpriam os critérios de inclusão e após excluir artigos repetidos, obteve-se: 2 revisões baseadas na evidência, 6 revisões sistemáticas e 12 artigos originais.

Discussão: Os estudos não encontraram evidência suficiente para recomendar o uso sistemático de condroprotetores no alívio sintomático e funcional da osteoartrose.

Estudos relacionados com a empresa farmacêutica, fundamentam um atraso da progressão da patologia, assim como, uma favorável relação custo-efetividade da glucosamina em comparação com o paracetamol e o placebo.

As divergências entre os estudos independentes e os associados com empresas farmacêuticas, nomeadamente, diferentes metodologias, protocolos e doses utilizadas, limitaram a análise destes estudos. Contudo, face à ausência de efeitos adversos significativos, e ao benefício sintomático do efeito placebo, o recurso de condroprotetores não deverá ser excluída. Recomendando-se a sua suspensão na ausência de melhoria sintomática após seis meses de utilização.

P 65

ACAMADO MAS NÃO ACABADO – O DESEJO SEXUAL NO IDOSO

Mariana Cerejo, Joana Miguel Dutra, Ana Filipa Vicente
USF Arruda - ACES Estuário do Tejo

Introdução: A sexualidade nos idosos está intimamente relacionada com o processo de envelhecimento biológico e psicossocial do ser humano. No entanto, esta faixa etária continua a ter sentimentos e desejos de natureza sexual, sendo que uma parte significativa desta mantém efectivamente vida sexual ativa. Esta temática não é na maioria das vezes abordada em contexto de consulta médica, deixando assim de parte uma componente fulcral do quotidiano do idoso.

Caso clínico: Idoso, 80 anos, polimedicado, obeso e com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2, HTA, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular e perturbação depressiva. Submetido a artroplastia coxofemoral direita, complicada com artrite séptica da prótese em 2015, com conseqüente desarticulação da mesma, condicionando agravamento do grau de dependência, estabelecida desde então como moderada/grave (Índice de Barthel: 40). Em Fevereiro de 2016, a esposa recorre à consulta referindo que o marido tem manifestado desejo sexual, invocando necessidade de contacto corporal com esta, embora após visualização de filmes sugestivos, ressalte frustração por não atingir a ereção. A esposa, enquanto cuidadora, refere não ter qualquer tipo de desejo, não sabendo assim lidar com a situação.

Conclusão: A crença de que o avançar da idade/polipatologia e que a diminuição da atividade sexual estão inevitavelmente ligados, é muitas vezes responsável pela pouca atenção prestada a esta problemática. A gestão do problema do doente versus o sentimento do/a cuidador/a constitui uma questão difícil de abordar, necessitando por isso de uma orientação holística por parte do médico de família no que toca ao conhecimento da dinâmica familiar.

P 66

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Luis Paixão Coentro, Inês Gornilho, Valter Paixão, Ana Sotero
USF Alfa Beja

Introdução: Os cuidadores informais são pessoas, familiares ou não do doente dependente, que lhe prestam cuidados não remunerados. Estando frequentemente sujeitos a um grau variável de stress físico



e emocional devido a fatores de sobrecarga multidimensional.

Objetivo: Caracterização dos doentes dependentes e seus cuidadores bem como avaliação do grau de sobrecarga dos últimos.

Material/Métodos: Estudo observacional descritivo com amostra de conveniência dos cuidadores informais da USF Alfa Beja. Dados colhidos em entrevista aos cuidadores para caracterizar os doentes e seus cuidadores, incluindo o grau de sobrecarga destes pela escala de Zarit.

Resultados: Dos 23 doentes incluídos no estudo, 16 (69,6%) são mulheres e a idade média rondou 81 anos. Na escala de Barthel 52,2% dos doentes (12) apresentam dependência total, 39,1% dependência grave e 8,7% dependência moderada. Dos 23 cuidadores, 82,6% são mulheres e a idade média é 62,8 anos. As mulheres cuidadoras são mais novas que os cuidadores homens (59 vs 81 anos). 57,9% dos cuidadores femininos são filhas ou noras do doente. 73,6% dos cuidadores coabita com o doente e 60,9% recebe apoio nos cuidados. Na escala de Zarit, 30,4% apresentam “ausência de sobrecarga”, 52,2% “sobrecarga moderada” e 17,4% “sobrecarga moderada a severa”.

Conclusão: A maioria dos doentes são mulheres e têm dependência de grau elevado. Os cuidadores são maioritariamente mulheres, na idade da pré-reforma o que se justifica com o facto de serem na sua maioria filhas ou noras dos doentes. A maioria apresenta níveis moderados a severos de sobrecarga na escala de Zarit.

P 67

CARATERIZAÇÃO DO CONTROLO METABÓLICO DOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CENTRO DE SAÚDE DO NORDESTE

Joana Medeiros, Manuela Rodrigues

Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel (USISM) – Centro de Saúde do Nordeste

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma das patologias crônicas mais prevalentes na população idosa estando associada a variadas comorbilidades.

Objetivo: Estudar os diabéticos tipo 2 inscritos no Centro de Saúde do Nordeste com idade ≥ 65 anos quanto ao seu controlo metabólico.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e transversal, através da consulta dos ficheiros de todos os doentes com idade ≥ 65 anos com código ICPC2 T90 (Diabetes tipo 2) com pelo menos um registo de hemoglobina glicada (HbA1c) no período de janeiro 2015 a março 2016. Foram admitidos critérios de controlo: HbA1c $< 7\%$, IMC < 25 kg/m²; TA sistólica < 140 mmHg, TA diastólica < 90 mmHg e LDL < 100 mg/dl.

Resultados: Foram encontrados 253 utentes idosos com DM2, correspondendo a uma prevalência de 24,03%. Apresentavam excesso de peso/obesidade 81,2%; HTA 93,6% e dislipidemia 86,6%.

Quanto à DM2 63,95% encontra-se controlada: 32,7% monoterapia, 29,1% terapia dupla, 22,7% ≥ 3 fármacos e 15,5% sem medicação. Dos não controlados: 21% monoterapia, 24,2% terapia dupla e 54,8% ≥ 3 fármacos.

Dos hipertensos 42,2% estão controlados: 19,9% monoterapia, 75,8% ≥ 2 fármacos, 4,3% não medicados.

A dislipidemia está controlada em 55,7%. Nos não controlados (44,3%) 74,3% estão a fazer pelo menos um antidiabético, estando os restantes sem medicação para o efeito.

Discussão: Os resultados obtidos demonstram que a DM é uma patologia prevalente na população idosa e que muito há a melhorar,

nomeadamente na estratificação do risco cardiovascular, de forma a preconizar medidas mais eficazes no tratamento das comorbilidades associadas à DM2 na nossa população.

P 68

DPOC QUANDO MINUTOS SÃO RESULTADOS – RELATO DE CASO

David Tomaz Rodrigues, Hugo Salgueiro, Joana Fernandes, Joana Pereira, Nídia Cristele Nunes, Nuno Páscoa, Susana Grilo Lourenço
Centro de Saúde Évora - USF Planície

Enquadramento: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença progressiva com elevada prevalência mundial, responsável por elevada frequência de consultas médicas, de serviços de urgência e significativo número de internamentos hospitalares. As exacerbações são um evento frequente na evolução da DPOC, relacionando-se com diminuição da qualidade de vida, função pulmonar e com aumento do número de hospitalizações.

Numa era tecnológica, com escassez de tempo para consulta, pode haver tendência a um uso excessivo dos meios complementares de diagnóstico e terapêuticas. Delegando para segundo plano a parte motivacional e empowerment do doente para a realização das terapêuticas adequadas para o seu bem-estar.

Caso clínico: Sexo masculino, 81 anos, ex-agricultor reformado. Pertence a uma família nuclear na fase de VIII do ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais de DPOC com FEV1 32,8%, estratificação de risco C; SAOS moderado, Hipertensão arterial e dislipidemia, ulcera péptica, obesidade. Medicado com Budesonida 400 μ g (*inhaled corticosteroids - ICS*), Brometo de tiotrópio (*long-acting anticholinergics -LAMA*) 18 μ g, Sinvastatina 20 mg, Diltiazem 60mg id, Irbesartan 150mg id; Furosemida 40mg id; Trazodona 100mg id, Omeprazol 20mg id; CIPAP e OLD no domicílio.

Recorre a consulta aberta por tosse e dispneia com necessidade de parar durante as suas caminhadas e com necessidade de usar “inalador antigo” – SABA (*short-acting 2 agonists*). Assumindo DPOC com mMRC (Escala do *Medical Research Council* modificada) =2 e com estratificação de risco de C para D iniciou medicação além do LAMA e ICS, LABA (*long-acting 2 agonists*). Passado 1 semana filha recorre a consulta dizendo que pai não se encontrava melhor pois não tinha aderido a nova medicação, associando esta a vômitos e a expetoração. Após 3 semanas, recorreu a consulta programada apresentando agravamento da dispneia, aumento da tosse, além de sintomas de rinite alérgica, estava a fazer medicação prescrita anteriormente LAMA e ICS e SABA em SOS. Foi realizada consulta motivacional com reensino de utilização de novo inalador e acrescentando corticoterapia oral, durante os 14 dias seguintes. Melhoria clínica após uma semana, com mMRC ≤ 1 a fazer novo inalador, fazia apenas LAMA + LABA e ICS, já não necessitando de SABA.

Discussão: Num período da medicina em que os minutos, em vez de resultados são interpretados como produtividade, este caso demonstra a importância do seguimento do Médico de Família, da relação médico doente e principalmente do tempo necessário para realizar o empowerment de um doente, que vai usar novo inalador/terapêutica que não é similar para todos os doentes. Assim é fundamental despende tempo à medida das necessidades de cada utente para explicar um correto uso de terapêutica e consequente sucesso terapêutico.

MASSA CERVICAL – QUE DIAGNÓSTICO?

Sandra Maia, Inês Marques, Vanessa Quintal

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios (UCSP SeteRios)

Enquadramento: Uma massa cervical de novo é um problema relativamente comum entre as queixas dos doentes, surgindo muitas vezes sem outra sintomatologia associada. O diagnóstico diferencial é extenso, inclui patologia potencialmente maligna, e varia de acordo com a idade do doente. Nestas situações a história clínica detalhada é fundamental, bem como um exame físico minucioso.

Caso clínico: Homem, 94 anos, aposentado de gasoleiro com antecedentes pessoais de demência, HBP e carcinoma basocelular na região malar direita, submetido a biópsia e crioterapia. Sem medicação habitual. Sem hábitos tabágicos e alcoólicos. Em Fevereiro de 2016 recorreu à consulta por massa na região lateral esquerda do pescoço com duas semanas de evolução, sem outras queixas. Ao exame objetivo apresentava uma massa na região cervical esquerda, com 5cm de maior diâmetro, aderente aos planos profundos, indolor e sem sinais inflamatórios. Sem alteração do estado geral. Realizou ecografia compatível com gânglios reactivos jugulo-carotídeos de 13mm e adjacentes ao polo inferior da tireoide; glândula tiroideia sem alterações. Estudo analítico revelou leucocitose com 76% de linfócitos e 20% neutrófilos, de novo. Foi referenciado ao IPO para estudo etiológico. Até à data, aguarda consulta.

Discussão: Na população idosa, uma adenopatia periférica pode representar um dilema diagnóstico. Até que se prove o contrário, a etiologia neoplásica deve ser considerada. O médico de família tem um papel essencial na continuidade de cuidados destes doentes, quer pelo diagnóstico diferencial atempado quer pela articulação com os cuidados de saúde hospitalares.

INSULINOTERAPIA – DESAFIO NA PRÁTICA CLÍNICA

Sandra Maia*, Ana Rita Mendes**, Vanessa Quintal*

*Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios (UCSP SeteRios), **Unidade de Saúde Familiar Tílias (USF Tílias)

Enquadramento: O médico de família tem um papel essencial na gestão da prática clínica centrada na pessoa de forma a evitar atividades não interligadas e desperdício de recursos.

Caso clínico: Homem, 75 anos, aposentado de motorista de passageiros, fase VIII do ciclo de Duvall e pertencente à classe alta na escala de Graffar. Antecedentes pessoais de DM tipo 2, HTA, dislipidemia e obesidade, medicado com insulina basal e pré-mistura, olmesartan+ hidroclorotiazida, bisoprolol, amlodipina, ácido acetilsalicílico e atorvastatina.

Em Janeiro de 2016 recorreu à consulta de vigilância de diabetes com HbA1c de 7,8 e vários episódios de hipoglicémia, a realizar esquema de insulina insuman25 4 vezes por dia e levemir ao deitar. Foi realizado ajuste terapêutico com esquema de insulina pré-mistura 3 vez por dia, iniciou metformina e suspendeu insulina basal. Após reajustes sucessivos da medicação, mantinha glicémias capilares médias no jejum 150mg/dl e pós-prandiais de 250 mg/dl. Observou-se a técnica de administração de insulina e substituiu-se a agulha de 5mm para 8mm. Atualmente, o utente apresenta um bom controlo metabólico com glicémias capilares médias no jejum 100mg/dl e pós-prandiais de 140 mg/dl.

Discussão: Este caso clínico foi um desafio à prática clínica. Isto

porque, se tratava de um homem muito consumidor de consultas, públicas e privadas, com seguimento irregular no médico de família. A abordagem holística dos cuidados de saúde primários permitiu identificar erros, e corresponder às necessidades e expectativas do doente.

UM CASO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA EM DOENTE DIABÉTICO

Sandra Maia*, Ana Rita Mendes**, Mafalda Pama*,

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios (UCSP Sete Rios), Unidade de Saúde Familiar Tílias (USF Tílias)

Introdução: A polimialgia reumática é uma situação clínica frequente que afeta sobretudo o idoso. A etiologia é desconhecida, sendo o diagnóstico clínico e de exclusão. Os corticosteroides em baixa dose são o tratamento de eleição. Este trabalho reporta um caso clínico de polimialgia reumática, incidindo na dificuldade de gestão terapêutica no doente diabético.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 70 anos, com antecedentes pessoais de DM tipo 2 controlada com metformina 2000mg, dislipidemia medicado com sinvastatina 20mg, HBP medicado com tadalafil 5mg.

Recorreu ao serviço de urgência no final de 2015 por quadro de mialgias proximais dos membros superiores e inferiores associadas a rigidez matinal com 3 semanas de evolução. Admitiu-se polimialgia reumática, tendo tido alta medicado com lepicortinolo 20mg dia.

Uma semana após início da corticoterapia, recorreu ao médico de família por queixas de cansaço, perda ponderal e poliúria (glicémias capilares médias 456 mg/dl). Admitiu-se uma descompensação da diabetes secundária à corticoterapia, tendo iniciado insulinoterapia. Na consulta de seguimento, apresentava manutenção das queixas e da hiperglicemia (glicémias capilares médias no jejum 460mg/dl e pós-prandiais de 480 mg/dl). Iniciou-se então insulina rápida e reforçou-se a insulina basal.

Após reajustes sucessivos da medicação o utente encontra-se atualmente controlado. Mantém insulinoterapia e iniciou desmame de corticoide.

Discussão/Conclusões: A hiperglicemia associada à corticoterapia é uma complicação frequente. Sendo a polimialgia reumática uma doença do idoso que muitas vezes apresenta já insulinorresistência, o controlo da hiperglicemia associada ao corticoide pode ser uma tarefa desafiante que requer a individualização terapêutica.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA DE APRESENTAÇÃO BULBAR: UM CASO CLÍNICO

Sara Araújo Machado, Ana Matos Coronha, Ana Paula Cardoso,

Ana Sofia Pena, Mariana Anete Mira, Susana Cordeiro Rita,

Virgínia Carreiras

USF Samora Correia, ACES Estuário do Tejo

A esclerose lateral amiotrófica ou doença do neurónio motor é uma doença neuromuscular fatal, caracterizada pela degeneração progressiva e altamente selectiva dos neurónios motores. A sua incidência crescente, conhecimento cada vez mais aprofundado da sua apresentação e a intensa investigação em torno da sua fisiopatologia e opções terapêuticas tornam este tema relevante e em constante necessidade de actualização.

É importante conhecer as especificidades do acompanhamento multidisciplinar e os desafios que esta doença propõem ao doente, família e profissionais de saúde.

Neste poster abordam-se algumas das características da doença no seguimento de um caso clínico. Este consiste num relato invulgar de uma esclerose lateral amiotrófica com apresentação clínica bulbar de progressão rápida, com evento terminal 14 meses após início dos sintomas.

P 73

RASTREIO DO CANCRO DA MAMA: ATÉ QUANDO?

RELATO DE UM CASO

Adriana Araújo Diogo Magalhães
USF Prelada, ACES Porto Ocidental

Enquadramento: O cancro da mama é a neoplasia maligna com maior incidência no sexo feminino, mas a mortalidade a ele associada tem estado estável, em parte devido aos programas de rastreio.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, com antecedentes de obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus II, by-pass coronário. Em 2006 realizou mamografia de rastreio com R3 na mama esquerda, tendo realizado biópsia aspirativa da lesão que revelou tecido fibro-adiposo. Manteve seguimento em consulta privada de Ginecologia. Em Janeiro de 2016 informou a médica de família de que lhe foi feito o diagnóstico de carcinoma da mama esquerda, estadiado clinicamente como T1NOMO do quadrante supero-externo. Em consulta de grupo no IPO foi proposta mastectomia total à esquerda com biópsia de gânglio sentinela, que realizou em Março de 2016. O estudo anatomo-patológico mostrou carcinoma ductal invasor G1 com 1,3 cm associado a carcinoma ductal in situ de grau nuclear intermédio, com gânglios sentinela não metastizados. O estudo imuno-histoquímico revelou positividade em 75 a 100% de células para recetores de estrogénio e negatividade para recetores de progesterona e para HER2. Proposta para tratamento coadjuvante com hormonoterapia.

Discussão: Atualmente são realizados rastreios do cancro da mama de base populacional através da Liga Portuguesa Contra o Cancro em mulheres entre os 45-69 anos¹. No entanto, acima dessa idade o rastreio deve ser considerado de forma individualizada, considerando comorbilidades e anos de vida expectáveis.

P 74

AValiação Médica do Condutor Idoso

Adriana Araújo Diogo Magalhães
USF Prelada, ACES Porto Ocidental

Com o envelhecimento da população é expectável um aumento do número de condutores seniores (idade \geq 65 anos), pelo que a necessidade de avaliação médica destes utentes para preenchimento do Boletim de Inspeção Médica para Condutor de Veículos é cada vez mais frequente nas consultas de MGF. Devido às várias alterações fisiológicas decorrentes da idade, assim como uma maior prevalência de patologias, as decisões que estas avaliações médicas envolvem são muitas vezes complexas.

No sentido de esclarecer o papel do médico de família no processo de revalidação da carta de condução realizou-se uma revisão da legislação europeia e nacional em vigor, assim como das Normas de Orientação Clínica da Direção-Geral de Saúde.

A partir dos 50 anos a revalidação da carta de condução exige uma avaliação médica, que se destina a avaliar as condições físicas e mentais de candidatos ou condutores. Deve ser preenchido pelo médico o Relatório de avaliação física e mental, com enfoque na área da visão, audição, aparelhos da locomoção, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças neurológicas, perturbações mentais, hábi-

tos alcoólicos, dependência de drogas, insuficiência renal e outras situações dignas de registo, após o que deve classificar o candidato em apto ou não apto. Para cada uma destas áreas existem critérios de referenciação para parecer de especialidade, sendo o médico de família, como elemento que segue, controla e vigia a maior parte das patologias descritas nos idosos, o médico mais indicado para integrar estas informações e decidir acerca da aptidão para a condução e quais as suas restrições.

P 75

DEMÊNCIA: ABORDAGEM AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Adriana Araújo Diogo Magalhães
USF Prelada, ACES Porto Ocidental

Introdução: Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. Estando associado ao envelhecimento, é uma patologia de elevada prevalência em Portugal (2,7% entre os 55 e 79 anos), sendo a Doença de Alzheimer a mais frequente.

Objetivos: Desenvolver um algoritmo de atuação para a abordagem da Demência a nível dos CSP.

Metodologia: Revisão bibliográfica, em Abril de 2016, de *guidelines*, metanálises, estudos controlados e aleatorizados, utilizando os termos *MeSH Dementia*, *Diagnosis* e *management* em sites de evidência médica.

Resultados: As demências dividem-se essencialmente em primárias/degenerativas e secundárias, pelo que é essencial a investigação de causas secundárias.

O primeiro passo da abordagem é a anamnese, sendo indispensável obter informações junto de alguém que conheça o doente suficientemente bem para reconhecer alterações na sua capacidade cognitiva, funcional e comportamental.

O exame físico é realizado com o intuito de excluir uma possível causa secundária, sendo o diagnóstico diferencial com a depressão e delírium essencial.

A avaliação cognitiva efectua-se com recurso a testes como o *Mini Mental State Examination* e *Montreal Cognitive Assessment*. O controlo analítico é também realizado e, eventualmente, exames de imagem.

Conclusão: O diagnóstico e a orientação precoces da síndrome demencial revestem-se de uma enorme importância na medida em que podem trazer vários benefícios para o doente e os respectivos cuidadores.

P 76

DOR ABDOMINAL RECORRENTE – UM SINTOMA A VALORIZAR

Margarida Nunes¹, Ângela Bento Pinto², Laura Magalhães Gonçalves², Mafalda Barrigas¹, Oleh Yaremiy¹

¹Centro de Saúde de Portalegre - USF Portus Alacer, ²Centro de Saúde de Portalegre - USF Plátano

Enquadramento: O quisto de duplicação intestinal é uma patologia rara, benigna, congénita e pode ocorrer em qualquer localização do trato gastrointestinal, com maior incidência no íleo terminal. A clínica é variável, geralmente precoce, dependendo essencialmente da localização e dimensão da lesão; pode manifestar-se por episódios de vômitos, dores abdominais recorrentes ou por oclusão intestinal, sendo em alguns casos assintomática e manifestar-se como uma

massa abdominal palpável. O tratamento é sempre cirúrgico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 66 anos de idade, com antecedentes pessoais de tireoidectomia parcial. Sem medicação habitual. Há vários anos com distensão e dor abdominal frequentes. Recorreu ao Médico de Família por aumento do desconforto abdominal, exame objectivo normal. Foi pedida ecografia abdominal que revelou: “volumosa formação expansiva na área anexial direita, circunscrita, lobulada, de conteúdo misto, predominantemente quística, com marcada heterogeneidade estrutural.” Foi referenciada à consulta de ginecologia, fez TC abdomino-pélvica que demonstrou: “ao nível da escavação pélvica, com localização paramediana direita, observa-se volumosa formação morfológica ovalada (12,3x7,4cm), contornos lobulados e regulares, com aparência quística e múltiplas calcificações na parede. O conteúdo é heterogéneo, com septações internas e calcificações. Admitimos tratar-se de uma lesão com origem na região anexial direita.” Programada cirurgia para extracção da lesão. O estudo anatomo-patológico evidenciou quisto de duplicação entérica, considerando a relação com o cólon. A doente encontra-se assintomática.

Conclusão: Trata-se de um caso raro no adulto, com difícil diagnóstico, necessitando de alto grau de suspeição. Em alguns casos pode estar associado a outras anomalias e levar a complicações secundárias.

P 77

GRUPE – AVALIAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE DOENTES INTERNADOS DA ÉPOCA 2015-2016

Ângela Dias Cunha, Diana Gonçalves, Joana Capelo, António Monteiro Serviço de Medicina Interna, CHTV, EPE

Introdução: A infeção pelo vírus influenza A H1N1 foi declarada pela OMS como a primeira pandemia de influenza do século XXI. É causa importante de gravidade por infeção respiratória, levando a internamentos frequentes em UCI e com mortalidade não desprezível. A vacinação é recomendada nos grupos de risco que incluem os idosos.

Objetivos: Comparar apresentação, tratamento e prognóstico numa amostra de doentes internados por gripe A H1N1 em função do estrato etário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados a cargo de um médico internista, entre 01/10/2015 e 31/03/2016 com diagnóstico de Pneumonia H1N1, por consulta dos processos de internamento.

Resultados: Houve nove casos, dos quais cinco com idade igual ou superior a 65 anos. Oito apresentavam pelo menos uma doença crónica subjacente. Nenhum estava vacinado contra a gripe sazonal. À apresentação a maioria apresentava insuficiência respiratória e infiltrados alveolares bilaterais na radiografia torácica. Cinco doentes foram admitidos em UCI, dos quais apenas um era idoso. Constataram-se 2 óbitos, ambos com idade igual ou superior a 65 anos e comorbilidades graves.

Discussão: A gripe A H1N1 continua a ser causa importante de internamentos hospitalares podendo ter um desfecho fatal. Na nossa amostra, os doentes idosos tiveram maior mortalidade do que os jovens. É necessário reforçar medidas de prevenção, nomeadamente vacinação dos grupos de risco. Este trabalho serve como base para alargamento a todos os doentes internados nesta época de gripe sazonal para melhor esclarecer as diferenças em termos de morbilidade e mortalidade entre os grupos etários.

P 78

CANCRO DA MAMA NA MULHER IDOSA – E SE ELA DECIDIR NÃO FAZER NADA?

Diana Santos Rocha Liliana Fonte
USF Magnólia

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente no sexo feminino, afetando uma em cada 9 mulheres. Os programas de rastreio organizado revelam-se mais eficazes que os oportunistas na diminuição da morbi-mortalidade. Em Portugal, a mamografia está preconizada em mulheres assintomáticas, sem risco aumentado, entre os 50 e os 69 anos, bianualmente. Após esta faixa etária, a relação risco-benefício da sua realização é controversa. No entanto, há cada vez mais mulheres, independentemente da idade, a receber tratamentos agressivos para formas precoces da doença.

Mulher de 82 anos, solteira, sem filhos que vive sozinha. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia e obesidade. Na consulta de vigilância foi detetado nódulo pétreo do quadrante superior externo da mama direita de contornos irregulares, aderente aos planos profundos com retração da pele. A mamografia foi compatível com classificação BI-RADS 4C. Foi encaminhada à consulta urgente de senologia, onde realizou biópsia que revelou diagnóstico de carcinoma da mama invasivo. Foi proposta mastectomia radical com pesquisa de gânglio sentinela que a utente recusou. Atualmente encontra-se sob hormonoterapia paliativa com letrozol.

O médico de família tem uma importante missão preventiva na saúde dos seus utentes. No entanto, deve estar alerta para a iatrogenia, evitando procedimentos diagnósticos e terapêuticos mutilantes ou desnecessários. Este caso clínico reflete a necessidade de proporcionar cuidados de saúde de forma informada, esclarecida e apoiada, prevalecendo o direito da autodeterminação do doente.

P 79

FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO DO IDOSO

Otilia Freitas, Clementina Morna, Gilberta Sousa, Gregório Freitas
Escola Superior de Saúde – Universidade da Madeira

Introdução: O envelhecimento da população com consequente aumento das doenças crónicas contribuem para o elevado consumo de medicamentos por parte dos idosos. Este incremento do número de medicamentos associado às vulnerabilidades e fragilidades próprias do envelhecimento torna a gestão do regime medicamentoso do idoso uma tarefa difícil (Palma & Pereira, 2012).

Vários estudos têm sido realizados sobre esta problemática à escala nacional e noutros países, contudo, em Portugal, a existência de dados globais sobre a não adesão ao regime medicamentoso é desconhecida (Delgado & Lima, 2001).

Objetivos: Descrever fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso do idoso residente numa freguesia da RAM

Métodos: Estudo descritivo, exploratório e transversal. O inquérito utilizado denomina-se Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), validado para a população portuguesa por Delgado & Lima (2001), Alfa de Cronbach 0.74. Realizado após aprovação da Comissão de Ética do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

Resultados: Amostra de 493 idosos, média de idade 70 anos, maioritariamente feminino (68%), média de adesão de 5,4 (6). Nos fatores que condicionam a adesão destacam-se os problemas de memória/esquecimento (40 %); o descuido com as horas da toma (30%) e o abandono por se sentirem melhor ou pior (33%).

Conclusões: Áreas relativas ao esquecimento, descuido das horas



da toma e o abandono por se sentir pior ou melhor, constituem áreas prioritizadas para intervenção de enfermagem, pela importância na melhoria da qualidade de vida e dos ganhos em saúde dos idosos.

Palavras-chave: adesão, regime medicamentoso, idosos, intervenção em enfermagem

P 80

A GESTÃO DE UM DIAGNÓSTICO INDETERMINADO

João Pedro Patrocínio, Andrea Quintero, Rita Pogeiro da Costa, Gonçalves Cunha Martins

USF Albufeira UCSP Portimão, Ext. Alvor

Caso clínico: Senhor de 71 anos com problemas de saúde: HTA, varizes membros inferiores e gonartrose bilateral; independente nas suas AVD's. Realizou cateterismo cardíaco em Maio 2014, com colocação de 3 stents.

Veio à consulta 2 semanas depois com artralgias bilaterais de ritmo inflamatório nas mãos e joelhos (episódio semelhante a outros no passado) medicando-se com bioflavonóides e meloxicam.

Dia 09/06/2014 voltou com quadro de astenia, dores generalizadas e desequilíbrios. Referenciou-se imediatamente ao SU, que abandonou sem ser visto. A 16/06/2014 voltou à consulta com quadro sobreponível e pediram-se análises urgentes (VS 78, PCR 152, Creatinina 1,6). Foi encaminhado ao SU, realizou novas análises e teve alta para o domicílio com diagnóstico de miosite.

A 03/07/2014 voltou, apresentando alguma melhoria, tendo sido prescritos novos ECD's, que mostravam uma manutenção da PCR 139mg/L. Por ainda apresentar poliartralgias decidiu-se referenciar à consulta de Medicina Interna, onde fez ciclo de Levofloxacina com melhoria do quadro clínico e laboratorial, tendo tido alta com diagnóstico de poliartrite reactiva a produto de contraste, encaminhado para fisioterapia por artralgias e perda de motricidade fina nas mãos, que realizou com benefício, mas com sequelas e limitações nas suas AVD's.

Um caso bastante singular, de uma provável complicação de procedimento invasivo, que devido a algumas contrariedades e falhas de comunicação, não foi gerido da melhor maneira.

Este caso demonstra que o trabalho do médico de família se depara muitas vezes com quadros inespecíficos, de difícil resolução e de diagnóstico incerto.

P 81

DOENÇA DE CROHN COM INÍCIO EM IDADE AVANÇADA

Diana Fidalgo Pires¹, Marisa M Queirós¹, Clara Ferreira², Rui Paulo Magalhães³

¹UCSP Feira Nova, ²USF Covelo, ³UCSP Mirandela I

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação transmural do trato gastrointestinal. Dados epidemiológicos revelam aumento da sua incidência mundialmente, sobretudo nos países desenvolvidos.

Descrição do caso: Homem, 73 anos, caucasiano, ex-fumador (UMA=15) e hipertenso, sem outros antecedentes relevantes. Recorreu ao Médico de Família em junho/2011 por diarreia, rectorragias e disquesia, com 3 meses de evolução. Perante colonoscopia com "Aspetto endoscópico de colite", efetuaram-se biópsias demonstrando "Colite crónica com atividade compatível com diagnóstico clínico de DC", pelo que foi referenciado a Gastroenterologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. Em setembro/2011, recorreu à urgência por febre, dor lombar e abdominal, apresentando-se hemodinamicamen-

te instável e com sinais sugestivos de irritação peritoneal. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados e "foice subfrênica bilateral" na radiografia. Foi submetido a laparotomia exploradora, constatando-se perfuração do sigmoide e realizando-se operação de Hartmann. Na consulta pós-operatória mantinha mau estado geral e iniciou antibiótico e corticoterapia. Em janeiro/2012, devido a agudização, iniciou agente biológico, necessitando de nova intervenção em maio: proctocolectomia total com ileostomia definitiva. Na última consulta (maio/2015) apresentava estabilidade clínica, mantendo vigilância semestral no hospital.

Comentário: A DC tem início maioritariamente entre os 15 e 40 anos, no entanto existe outro pico entre os 60 e 80 anos. Portanto, perante clínica sugestiva o seu diagnóstico deve ser equacionado, mesmo que seja no idoso. O Médico de Família desempenha um papel fundamental na gestão psicossocial da doença e da dor.

Palavras-chave: Crohn's disease, diarrhea, rectal bleeding.

P 82

CAIXA DE MEDICAMENTOS – SERÃO TODOS NECESSÁRIOS?

Gisela Costa Neves, Rosa Leonardo Costa, Constança Dias, Humberto Santos, Mara Eliana Pereira, Sara Borges Costa, Tatiana Ferreira e Ferreira
USF Castelo

Introdução: O progresso da Medicina tem aumentado a esperança média de vida, assim como a prescrição de fármacos. Consensualmente, designa-se polimedicação o consumo ≥ 5 fármacos, sendo maioritariamente associada ao doente muito idoso (≥ 75 anos).

Objetivos: Quantificar e caracterizar a medicação crónica (≥ 3 meses) dos utentes muito idosos da USF Castelo.

Metodologia: Estudo descritivo transversal, na população muito idosa inscrita a 4 de dezembro de 2015, excluindo utentes sem pelo menos um contato médico em 2015 e óbitos ocorridos durante o estudo. A colheita e análise de dados realizaram-se nos quatro meses subsequentes, recorrendo ao MedicineOne® e Excel®, utilizando as variáveis género, idade, número de fármacos crónicos, classe farmacológica e número de fármacos cronicamente incorretos.

Resultados: De 1461 utentes, 242 foram excluídos. Dos restantes 1219 utentes, 60.21% encontravam-se polimedificados e destes 23.84% estão corretamente medicados. A maioria está medicada com 6 fármacos e 33.52% consomem incorretamente 1 fármaco. Das 16 classes farmacológicas sem indicação crónica, os inibidores da bomba de protões lideram (27.55%), seguidos das vitaminas/suplementos (23.14%) e ansiolíticos/sedativos/hipnóticos (21.49%).

Discussão/Conclusões: Como limitações do estudo, o viés de diferentes observadores na recolha de dados, a ausência de uma lista consensual de classes farmacológicas cronicamente incorretas, a impossibilidade de contabilização de prescrições noutras instituições, a auto-medicação e a não confrontação dos medicamentos crónicos com as patologias.

Sugerimos efetuar revisões terapêuticas sistemáticas, sendo crucial a formação médica contínua e promoção do ensino dos doentes, com objetivo de uma prescrição segura e eficiente.

BENEFÍCIO DA PERDA PONDERAL EM IDOSOS OBESOS, QUAL A EVIDÊNCIA?

Ana Beatriz Figueiredo¹, Manuel Gonçalves², Marta Travessa³, Catarina Possidónio⁴, Liliana Moita³, Helena Monteiro⁵, Sibila Amaral², Mariana Gayo¹, Catarina Trindade⁶, Maria Manuela Bernardo¹, Rafael Cunha³, Álvaro Teixeira⁵

¹USF das Conchas, ²USF Parque, ³UCSP Sete Rios, ⁴USF Carnide Quer, ⁵USF Rodrigues Miguéis, ⁶USF Gerações ACES Lisboa Norte - ARSLVT

Introdução: A obesidade nos idosos pode afetar drasticamente a sua qualidade de vida, mas pode ser também um fator protetor. Adicionalmente, a perda ponderal não intencional é maior nesta população, complicando a definição de “peso saudável”, e podendo acarretar complicações se associada a uma perda ponderal por intervenções para a obesidade.

Objetivos: Rever a evidência do benefício da perda ponderal em idosos obesos e qual a melhor abordagem terapêutica.

Métodos: Pesquisa em bases de dados de medicina baseada na evidência de vários tipos de publicações, compreendidas entre 2005 e 2016, utilizando a questão PICO (*obese elderly; treatment; no treatment; benefit*) e os termos *MeSH aged, obesity*.

Resultados: Foram selecionados 20 artigos de um total de 5959 encontrados.

Discussão: A perda ponderal melhora o perfil cardiometabólico e capacidade funcional, mas determina diminuição da densidade óssea, massa magra e possíveis deficiências nutricionais. A associação de exercício físico e alterações da dieta é mais eficaz na perda ponderal, na obtenção de melhores outcomes e na prevenção da perda de densidade óssea. O índice de massa corporal não é o preditor mais apropriado de morbimortalidade para esta faixa etária, devendo o intervalo normal ser redefinido.

Conclusões: A perda ponderal nos idosos com obesidade não tem os mesmos benefícios que nas restantes faixas etárias. Contudo, a redução do peso deve ser incentivada pelo médico de família, assegurando aporte nutricional adequado e atividade física dirigida à manutenção muscular e da massa óssea. Os dados existentes são insuficientes para aprovar terapêutica cirúrgica ou farmacológica nesta faixa etária.

A DOENÇA RENAL CRÓNICA E O ALOPURINOL

Nuno Parente, Ana Fraga, Joana Barreira, Inês Silva
USF Viver Mais - ACES Maia/Valongo

A doença renal crónica (DRC) manifesta-se em função renal anormal e declínio gradual da taxa de filtração glomerular (TFG). Em Portugal, a incidência de DRC terminal aumentou, com mortalidade maior em idades superiores a 65 anos. O alopurinol é tratamento de primeira linha na gota. O objectivo é relatar um caso de nefrite intersticial aguda ao alopurinol, discutindo a toxicidade e particularidades no idoso com compromisso renal.

Mulher de 85 anos, inserida em família unitária e autónoma. Antecedentes de diabetes mellitus tipo II insulinotratada, hipertensão arterial, estenose aórtica moderada, DRC estadio 4 e infeções urinárias de repetição. Passado de hábitos etílicos exagerados e mau controlo metabólico. Recorreu a consulta não programada em Novembro de 2015 com estudo analítico previamente pedido. Medicada com alopurinol 100 mg 1id por hiperuricemia de 11 mg/dL e creatinina de 1.86 mg/dL. Em Dezembro, recorreu ao serviço de urgência por anúria com

24h de evolução e exantema macular pruriginoso no tronco e petéquias na região mamária. Analiticamente, leucocitose com eosinofilia, eosinofilia, creatinina de 4.69 mg/dL e ureia de 160 mg/dL. Assumida nefrite intersticial aguda, abordada com fluidoterapia intensiva, estimulação diurética e prednisolona 1 mg/kg/dia.

Apesar do diagnóstico ser incomum é essencial conhecer as limitações do alopurinol pelo seu uso frequente. Perceber a progressão da TFG no idoso, as comorbilidades e polimedicação como matriz para lesão renal aguda com tradução irreversível no rim. Destacar o médico de família na continuidade dos cuidados de saúde permitindo acompanhamento regular da função renal e actuação nos factores modificadores de prognóstico.

OTITE EXTERNA MALIGNA – UMA COMPLICAÇÃO GRAVE NO DOENTE IDOSO DIABÉTICO

André S. Cochofel, Mafalda C. Santos, Patrícia Marques
Unidade de Saúde Familiar Flor de Lótus (USF-FL), Cacém, ACES Sintra, Portugal

Introdução: A otite externa maligna (OEM) é uma entidade clínica rara, geralmente observada em doentes diabéticos ou imunodeprimidos, com morbidade grave devido a osteomielite associada, paralisia dos nervos cranianos e infeções intracranianas.

Caso clínico: Homem de 74 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e insuficiência renal crónica estadio IV, recorre à consulta da sua médica de família por otalgia unilateral. Ao exame objetivo apresentava hiperemia, edema e exsudado purulento do canal auditivo externo, pelo que foi assumido o diagnóstico de otite externa e iniciada terapêutica com Cefuroxima 500mg bid. Uma semana depois, regressa à consulta por persistência dos sintomas, exacerbados por hiperémia conjuntival homolateral. Pela resistência terapêutica com agravamento do quadro clínico, o doente foi referenciado à urgência de otorrinolaringologia, tendo sido internado com suspeita de OEM e iniciada antibioterapia empírica com Ceftazidima e Metronidazol. Durante o internamento foi submetido a desbridamento cirúrgico com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* no exsudado auricular. A cintigrafia óssea confirmou o diagnóstico de OEM, tendo cumprido 60 dias de antibioterapia dirigida com Ceftazidima e Piperacilina + Tazobactam. Durante o internamento houve intercorrência de progressivo agravamento da função renal, com necessidade de iniciar hemodiálise. O doente teve alta hospitalar, melhorado clínica e analiticamente, mantendo hemodiálise em ambulatório.

Discussão: Este caso ilustra uma complicação da DM2 que, embora rara, apresenta um desafio no seu reconhecimento precoce e adequada instituição terapêutica. A OEM deve ser sempre ponderada e ativamente prevenida em doentes diabéticos com episódios prévios de otite externa refratária à terapêutica.

O USO CORRENTE DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES NA POPULAÇÃO IDOSA

José Neves¹, Sara Machado²

¹USF Monte Castro, ACES Gondomar, ²USF Samora Correia, ACES Estuário do Tejo

Introdução: A dor é um sintoma comum nos idosos, cujo tratamento e manutenção enfrenta imensos desafios numa faixa etária com inúmeras comorbilidades e polimedicação. O uso de anti-inflamatórios não esteróides é uma prática comum entre os profissionais de saúde



e doentes. O conhecimento cada vez mais aprofundado dos riscos do uso destes agentes e a existência de alternativas mais seguras realçam a necessidade de abandono destes medicamentos como primeira linha no tratamento da dor.

Objetivos: Com este trabalho pretendemos abordar a problemática do uso de anti-inflamatórios não esteróides em pacientes idosos e apresentar soluções e alternativas viáveis.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa no motor de busca *Pubmed*, utilizando as palavras-chave *NSAIDs e elderly*.

Resultados: Listaram-se algumas das razões que levam, por um lado, os médicos a recorrer á prescrição de anti-inflamatórios não esteróides e, por outro, os pacientes a auto-medicarem-se com estes agentes no tratamento da dor. Propuseram-se algumas soluções para os problemas apresentados e alternativas mais seguras.

Conclusões: Há a necessidade crescente de informação da comunidade médica e educação dos doentes para alternativas mais seguras na abordagem da dor, com relevância especial á necessidade de criação de protocolos específicos, combatendo o uso indiscriminado dos anti-inflamatórios não esteróides nesta população.

P 87

TRICOMONIASE PÓS-MENOPAUSA – UM CASO CLÍNICO

Eliézer Cerdas¹, João Freitas²

¹Interno MGF 3º ano, UCSP Quarteira, ACES Central, ARS Algarve,

²Interno MGF 1º ano, UCSP Quarteira, ACES Central, ARS Algarve

Introdução: Tricomoniase é a infecção sexualmente transmissível (IST) não-viral mais comum, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Ao invés de outras ISTs, mantém-se prevalente nas mulheres, mesmo pós período fértil. Apesar de pouco esclarecida a sua via de transmissão, muitos autores afirmam que apenas poderá ocorrer por via sexual.

Por vezes deparamo-nos com mulheres em idade pós menopausa infectadas. Deve-se abordar e discutir propostas terapêuticas, inclusive no parceiro. Esta situação pode originar desentendimento/disrupção matrimonial, mesmo alegando inexistência de relações extra-conjugais, por ambos.

Caso clínico: Mulher de 58 anos, saudável, menopausa aos 48 anos, com um resultado de citologia negativa para displasia mas com trichomonas vaginailis.

Realizado contacto e explicado a abordagem e proposta terapêutica no casal, a utente anuiu.

Duas semanas depois regressa à consulta angustiada, porque após ter pesquisado sobre a patologia, criou-se uma dúvida na sua relação conjugal.

Discussão/Conclusão: Um estudo em adolescentes sem coitarca na Zâmbia demonstra a prevalência da doença sugerindo uma transmissão não sexual. Sabe-se que o protozoário pode viver até 45 minutos fora do organismo humano em fômites, postulando-se a hipótese de outras vias de transmissão, em exemplo, banhos contaminados ou toalhas partilhadas.

Sendo uma IST com prevalência em mulheres pós-menopausa e estando bem definida a sua transmissão sexual, não é de excluir outra via de transmissão. Esta hipótese deve ser explicada ao casal, minimizando assim atritos na sua relação conjugal.

P 88

INFLUÊNCIA DA DIETA MIND (ASSOCIAÇÃO DA DASH E MEDITERRÂNICA) NO DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS

Vale, Inês; Senkiv, Mariya; Rabcheva, Kristina; Ventura, Celestina UCSP Sines

Introdução: Desde há várias décadas que a alimentação tem provado a sua influência na saúde a vários níveis. A dieta *MIND (Mediterranean-DASH diet intervention for neurodegenerative delay)* consiste em adaptações das dietas mediterrânica e *DASH (Dietary Approach to Systolic Hypertension)*, privilegiando o consumo de folhas verdes, azeite e frutas tipo bagos e reduzindo a ingestão de produtos animais e ácidos gordos saturados. Nesta dieta cada grupo alimentar apresenta as suas restrições, quantificadas em porções semanais. Os estudos selecionados aplicaram a dieta em idosos sem declínio estabelecido, residentes em lares por períodos prolongados de tempo.

Objetivos: Analisar os estudos realizados sobre a influência da *MIND* no declínio cognitivo dos idosos e progressão para Alzheimer Material e métodos Foram pesquisadas na base de dados *Pubmed*[®] as palavras-chave *MIND diet, Cognitive e Dementia*, desde 1995, com 44 resultados, dos quais 7 artigos se mostraram relevantes, com acesso a 1 abstract e 6 artigos integrais.

Resultados: Estudos demonstram que o declínio cognitivo é retardado em idosos saudáveis, incluindo nos casos em que a dieta é apenas parcialmente cumprida (ao contrario da mediterrânica, em que tem de ser estritamente cumprida). A *MIND* mostrou-se estatisticamente significativa na associação com menor risco de desenvolver Doença de Alzheimer, embora com efeito limitado em doentes com o gene *APOE -ε4* positivo.

Discussão/Conclusões: Os estudos apresentados são limitados relativamente aos alimentos que individualmente interferem com o declínio cognitivo. A quantificação da ingestão dos alimentos nos questionários não é concisa, devendo ser adaptados novos questionários. Estudos aleatorizados em diferentes populações são necessários para avaliar o efeito da dieta.

P 89

FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO NO IDOSO

Kristina Rabcheva, Mariya Senkiv, Inês Vale, Celestina Ventura UCSP Sines

Introdução: A depressão em idoso atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, assume formas incomuns, por vezes difíceis de diagnosticar, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio.

Objetivos: Realizar uma revisão dos principais fatores de risco para a Depressão no Idoso considerando que os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos e é frequente associarem-se à idade avançada, à melancolia e à tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando os sintomas.

Material e métodos: Pesquisa de artigos nas bases de dados *Pub-Med, Scielo, Medscape* em Português, Inglês, entre 1986 e 2016, usando os termos *risk factors, depression, elderly*, revistas médicas.

Resultados: O idoso está numa situação de perdas continuadas, como seja a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e económico e a maior frequência de doenças físicas. Perdas afetivas, isolamento e realizar o papel de cuidador principal dos netos são considerados factores psicossociais de risco para a depressão. O risco também aumenta frequentemente pelas doenças associadas: demência, AVC, doença coronária, diabetes mellitus, hi-

potiroidismo, doença de Parkinson, esclerose múltipla, hipercalcemia, doença oncológica, baixos níveis de testosterona, hipoacusia, incontinência urinária, Deficiência vit. B12.

Discussão/Conclusões: Uma das principais características da depressão em doentes idosos é a comorbilidade. A existência de doenças físicas concomitantes pode constituir um factor de risco e fator confusional no diagnóstico, visto que a maioria dos idosos personifica a interacção entre doenças físicas e psiquiátricas.

P 90

UMA FADISTA CANSADA

Juliana Caçoi, Janine Correia, Carlos Bento, Inês Calvino
USF Oriente

Introdução: O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é uma entidade com elevada incidência e morbimortalidade, constituindo a terceira causa de morte cardiovascular. É uma patologia de difícil diagnóstico pela heterogeneidade do quadro clínico e semiologia inespecífica, podendo variar desde a ausência de sintomas à morte súbita. Pode ser classificado como provocado ou idiopático quando diagnosticado em doentes com ou sem factores de risco conhecidos, respetivamente.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 69 anos, fadista, com antecedentes de hipertensão arterial que recorre a consulta em Janeiro de 2016 por quadro de hematoma com cordão venoso palpável na região popliteia esquerda, sem queixas álgicas ou sinais inflamatórios. Apresentava-se clinicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória. Foi medicada sintomaticamente e explicados sinais de alarme. Volta após duas semanas por cansaço e dispneia para médios esforços, referindo limitação nas atividades de vida diária e dificuldade em cantar. Ao exame objetivo mantém cordão venoso palpável no membro inferior esquerdo, parâmetros vitais estáveis e saturação periférica de oxigénio de 98%. Foi referenciada ao Serviço de Urgência com posterior diagnóstico de TEP extenso que motivou internamento prolongado.

Discussão: O TEP é uma entidade de diagnóstico difícil apesar da existência de índices preditivos que podem auxiliar na marcha diagnóstica. Nos Cuidados de Saúde Primários o diagnóstico encontra-se dificultado pela ausência de meios complementares e a referenciação ao Serviço de Urgência depende muitas vezes da intuição clínica aliada à experiência do médico e da valorização das queixas do doente e da sua percepção dos sintomas.

P 91

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO DOENTE ONCOLÓGICO GERIÁTRICO

Cheila Sousa, Helena Isabel Fernandes, Iolanda Marques,
Josiana Duarte
ULSLA; USF Global; USF Quinta da Prata

Introdução: Considerando a idade um dos principais factores de risco para o desenvolvimento de uma neoplasia, com o aumento da esperança média de vida, a população maior de 70 anos representa uma percentagem superior a 40% dos doentes oncológicos. Esta população apresenta, igualmente, uma maior vulnerabilidade e comorbilidades associadas aos tratamentos, porém, a idade, isoladamente, não constitui um bom factor preditivo de tolerância à terapêutica.

A desnutrição é um problema frequente a partir dos 70 anos, sobretudo devido a uma dieta inadequada, pobre em proteínas, levando a uma perda de peso involuntária, que, associada a problemas cognitivos, motores e fisiológicos, estabelece um prognóstico desfavorável.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se fazer uma revisão dos

principais métodos utilizados para avaliar o estado nutricional de doentes oncológicos geriátricos.

Material e métodos: Revisão bibliográfica e pesquisa de artigos em inglês, português e espanhol, em bases de dados de *Medline* e *Pub-Med*, seleccionando-se aqueles que melhor se adequam à proposta de trabalho.

Resultados: Actualmente, para os doentes oncológicos a única avaliação nutricional aprovada é a *Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)*, adaptada e desenvolvida por Ottery, em 1994. Aqui incluem-se perguntas sobre a presença de sintomas nutricionais, perda de peso a curto prazo, classificando o doente em Bem Nutrido; Moderadamente Desnutrido e Desnutrição Severa, com necessidade de intervenção nutricional.

Discussão/Conclusões: A PG-SGA está aceite pela *Oncology Nutrition Dietetic Practice Group*, dentro da *American Dietetic Association*, como método de avaliação de doentes oncológicos, contudo, não considera a idade do paciente, o que pode ocasionar resultados contraditórios quando utilizadas outras escalas para o mesmo doente. Independentemente da escala utilizada, há que considerar aspectos básicos, que podem repercutir no estado nutricional, como o envelhecimento, ou o diagnóstico de neoplasia.

Uma avaliação nutricional prévia do doente oncológico geriátrico é essencial, de modo a eleger e otimizar a terapêutica mais adequada a cada caso, permitindo uma intervenção nutricional proactiva, melhorando a qualidade de vida e aumentando a sobrevivência destes doentes.

Palavras-chave: Doente Oncológico Geriátrico; Avaliação do Estado Nutricional; Desnutrição.

P 92

TRATAMENTO MÉDICO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: O ESTADO DA ARTE

Daniela Pedro Correia, Pedro Miguel de Almeida Lopes
USF Tornada – ACES Oeste Norte Centro Hospitalar do Oeste

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) divide-se em TVP proximal e TVP distal. Embora a TVP possa ocorrer fora dos membros inferiores, raramente ocorre em outras localizações. A incidência aumenta progressivamente com a idade.

Objetivos: Definir o tratamento médico da TVP.

Material e métodos: Pesquisaram-se artigos de revisão bibliográfica publicados nos últimos 5 anos, nas bases de dados *Pubmed*, *Uptodate* e Sociedade Portuguesa de Cirurgia, nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando o termo *MeSH Deep Vein Thrombosis*. As publicações consideraram-se elegíveis se efectuaram uma revisão sobre a abordagem terapêutica da TVP.

Resultados: Encontraram-se 28 artigos de revisão bibliográfica, deu-se preferência aos publicados nos últimos 3 anos, seleccionando-se 7 fontes bibliográficas que são concordantes. A base do tratamento da TVP consiste no uso de anticoagulantes e de meias de compressão elástica.

Discussão: A terapêutica anticoagulante deve ser iniciada imediatamente após suspeita clínica e está indicada em todas as TVP proximais e em casos seleccionados das TVP distais. O atraso na terapêutica aumenta o risco de embolização. A duração da terapêutica não está definida, recomenda-se durante 3 meses no mínimo. Perante uma TVP provocada prolonga-se o tratamento por 6-12 meses e na TVP idiopática ou com factores de risco permanentes ou recorrente por tempo indefinido. Em todos os casos de TVP a terapêutica deve



ser individualizada. As heparinas de baixo peso molecular e os anti-vitamina K têm constituído o tratamento padrão da TVP. O aparecimento dos novos anticoagulantes orais constitui um grande avanço terapêutico e parece mostrar um perfil risco-benefício mais favorável.

P 93

GESTÃO DA DOR CRÓNICA NO IDOSO

Ângela Bento Pinto, Laura Gonçalves, Beatriz Nobre Filipe, Inês Domingues Teixeira, Mafalda Barrigas, Ana Nunes
USF Plátano - CS de Portalegre USF Quinta da Prata USF Ribeira Nova
USF Portus Alacer - CS de Portalegre

Introdução: A dor crónica é um sintoma comum nos idosos, aumentando significativamente com a idade. Regista uma prevalência de 50% nos idosos na comunidade e até 80% nos residentes em lares. Outras condições associadas são o sexo (o feminino regista maior tendência), psicológicos (depressão, ansiedade), obesidade.

A dor persistente tem muitas consequências debilitantes, o que inclui factores psicológicos, sociais, aumento do risco de quedas bem como perda de independência. Optimizar a gestão da dor é fundamental mas nos idosos constitui um processo complexo.

Objetivo: Auxiliar no diagnóstico e abordagem terapêutica da dor crónica no idoso.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey* e *Up to Date* de artigos entre 2013 e 2016, em Português e Inglês, utilizando os termos: *pain in elderly* e gestão da dor no idoso.

Resultados: Existem uma série de instrumentos de avaliação descritos que devem ser usados na caracterização da dor (escalas unidimensionais da dor, multidimensionais) que permitem classificar o seu impacto sobre a funcionalidade.

Os analgésicos continuam a constituir a primeira opção terapêutica, seguindo-se os não opiáceos, os opiáceos e os tratamentos coadjuvantes.

A multipatologia e polimedicação têm que ser consideradas na escolha terapêutica assim como as crenças que consideram dor como parte do envelhecimento.

Conclusão: O médico de família, como recurso de primeira instância para o idoso e família, possui um papel fundamental no diagnóstico e tratamento da dor e, especialmente, na intervenção precoce, aconselhamento e educação para a auto-gestão para que sejam participantes activos.

P 94

ALERTAS DA DEMÊNCIA PRECOCE

Mafalda Ferreira, Isabel Machado, Helena Machado
USF Ria Formosa, USF Minho, USF Pró-Saúde

Introdução: A demência de início precoce é um síndrome neurológica que afeta o comportamento e cognição de pacientes com menos de 65 anos de idade. A deterioração da função do dia-a-dia do indivíduo, afeta não só o próprio, como o cuidador.

Nos estadios iniciais de demência precoce, podem surgir mudanças de comportamento, depressão e psicose, os pacientes podem não desenvolver déficits cognitivos até estadios tardios da doença, o que pode tardar o diagnóstico.

O diagnóstico diferencial é amplo e inclui doenças hereditárias e esporádicas raras.

Objetivos: Um número substancial de adultos sofre demência de início precoce.

O diagnóstico preciso é frequentemente possível, e todos os pacien-

tes, devem ser cuidadosamente investigados, a fim de melhorar a esperança média de vida.

Material e métodos: Revisão clássica usando os termos *MeSH: Young onset dementia, clinical approach*.

Resultados: Foram encontrados 11 Artigos publicados nos últimos 5 anos. Destes, apenas 2 preenchem os critérios de inclusão.

Conclusões: Todos as suspeitas de demência necessitam de encaminhamento especialista.

A triagem para demência precoce, é um processo racional, em que a vigilância é combinada com pesquisas cuidadosas para alertas que indicam uma etiologia neurodegenerativa.

Os sinais e sintomas que sugerem um diagnóstico psiquiátrico em vez de neurodegenerativo incluem início abrupto, e falta de progressão ao longo do tempo. A reavaliação clínica periódica ajuda a esclarecer esta distinção.

Uma abordagem sistemática que alerta para realização da história clínica detalhada, testes neuropsicológicos, estudos laboratoriais e de imagem, podem facilitar o diagnóstico mais precoce e preciso de demência.

P 95

DOENTE IDOSO DIABÉTICO – QUE ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO?

Susana Grilo Lourenço, David Tomaz Rodrigues, Hugo Salgueiro, Joana Fernandes, Joana Pereira, Nídia Cristele Nunes, Nuno Páscoa
USF Planície, CS Évora (Alentejo Central)

Introdução: A alta prevalência da diabetes mellitus tipo 2 (DM2) na população idosa é caracterizada, não só pela complexidade da doença, mas também pelo risco das comorbilidades associadas, um rápido desenvolvimento do declínio funcional e um certo risco de fragilidade. Por isso, os critérios para o diagnóstico e tratamento nesta população devem ser avaliados segundo a categoria em que estão inseridos, onde são incluídos factores como a esperança média de vida, a idade com que foi feito o diagnóstico, o risco de hipoglicemias, perfil das comorbilidades e o grau de dependência.

Objetivos: Demonstrar na população idosa diabética quais os objetivos a atingir no controlo da glicemia e da hemoglobina glicada (HbA1c), segundo a categoria em que estão inseridos.

Material e métodos: Pesquisa sistemática e bibliográfica de artigos de revisão e guidelines utilizando os termos *MeSH type 2 diabetes older people*.

Resultados: Os idosos com bom estado funcional e cognitivo, independentes na sua vida diária, e com esperança de vida ainda prolongado, devem receber cuidados e tratamento para a diabetes tendo em conta os mesmos objetivos que os indivíduos jovens. Já os idosos que não reúnam os critérios anteriores, os objetivos glicémicos podem ser menos ambiciosos, devendo, no entanto, serem evitadas as hiperglicemias. Podem, então, considerar-se 3 tipos de categorias nos idosos diabéticos, para os quais se estabelece um alvo terapêutico de HbA1c. Categoria 1 - Idosos Funcionalmente Independentes: vivem de forma independente, sem limitações nas actividades da vida diária, e que não recebem nenhum apoio de um cuidador. Para além da DM2, que será o principal problema de saúde deste idoso, poderão coexistir algumas comorbilidades. Categoria 2 - Idosos Funcionalmente Dependentes: necessitam algum apoio nas actividades da vida diária, o que aumenta a necessidade de assistência médica e social. Existem duas situações que requerem especial atenção: a Fragilidade (subcategoria 2A) que inclui cansaço, perda de peso recente, res-

trição severa na mobilidade e força, propensão para quedas e risco acrescido de institucionalização; e a Demência (subcategoria 2B). Categoria 3 Fim de vida: esperança de vida inferior a 1 ano. Em termos de prevenção, considera-se importante na categoria 1 as alterações do estilo de vida nos indivíduos de risco elevado, especialmente na hiperglicemia intermédia. Na categoria 2A a actividade física programada e adequada, e não perder peso são factores a ter em conta. Já na categoria 2B recomendam-se alterações do estilo de vida com o apoio dos cuidadores. Relativamente ao tratamento, é importante ter em conta as categorias e individualizar. Por exemplo, no que respeita a alimentação sabe-se que a desnutrição é frequente no idoso e está associada a aumento de mortalidade, de internamentos hospitalares com maior duração, úlceras de pressão, delírio e depressão, no entanto, a prevalência de obesidade no idoso também é elevada. Os valores alvo para a HbA1c variam então para cada categoria, sendo entre 7 e 7.5% para a categoria 1; entre 7 e 8% para a categoria 2; até 8.5% nas subcategorias 2A e 2B; e na categoria 3 o importante é evitar uma hiperglicemia sintomática.

Discussão/Conclusão: Há inúmeras razões para acreditar que uma intervenção mais individualizada no tratamento da diabetes é importante na população idosa porque estão demonstrados os benefícios deste tipo de intervenções quando comparados com a população mais jovem.

P 96

ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

Joana Passos Fernandes

Unidade de Saúde Familiar do Feijó

Introdução: O processo de envelhecimento tecidual é evidente e resulta em alterações psicológicas importantes para o indivíduo. Assim, a pele do idoso necessita de cuidados específicos.

O envelhecimento cutâneo classifica-se em envelhecimento intrínseco/cronológico e extrínseco. O primeiro processo acompanha o envelhecimento normal dos outros órgãos e degeneração natural do corpo e não se relaciona com os fatores ambientais. O segundo é provocado principalmente pela exposição solar que tem efeito cumulativo potencializando o aparecimento de rugas, manchas e carcinomas.

As pessoas com mais de 65 anos têm perda de 25% da espessura da pele, o que compromete a sua função de barreira e favorece a penetração por agentes infecciosos. A pele perde o brilho, há o aumento da fragilidade vascular, redução da elasticidade associada a aumento da flacidez, alterações da pigmentação, diminuição da secreção de sebo pelas glândulas sebáceas e diminuição do número de glândulas sudoríparas.

Objetivo: Identificar as principais alterações dermatológicas no idoso, distinguindo as lesões benignas das potencialmente malignas.

Material e métodos: Pesquisa de *Guidelines* e artigos de revisão no *PubMed* e *Medscape* utilizando as palavras *skin aging*, *old dermatologic lesions* e *skin care*.

Resultados: Foram selecionados 8 artigos dos 215 encontrados.

Conclusão: O envelhecimento associa-se a várias alterações dermatológicas tais como rugas, efélides, lentigos solares, queratose actínica, queilite actínica, púrpura senil e úlceras de pressão. É importante estarmos atentos às lesões dermatológicas malignas como o carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular e melanoma maligno.

P 97

OSTEOPOROSE E PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Joana Passos Fernandes

USF do Feijó

Introdução: A osteoporose caracteriza-se por uma diminuição da densidade mineral óssea e deterioração da microarquitetura do osso, conduzindo ao aumento do risco de fratura. Geralmente, as fraturas resultam de traumatismos de baixa energia causados por quedas no mesmo plano. No caso das fraturas vertebrais não existe evidência de traumatismo.

A abordagem da osteoporose deve ter como objetivo evitar a perda óssea acelerada, manutenção da resistência óssea e eliminar os fatores que contribuem para o aumento de quedas no idoso. Os indivíduos com história de quedas têm o triplo do risco de voltar a cair.

Existem medidas não farmacológicas e farmacológicas que visam a manutenção da massa óssea e prevenção das fraturas.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo elucidar sobre as atitudes preventivas de osteoporose e quedas no idoso, permitindo assim aumentar os anos de vida ativa com qualidade e autonomia.

Material e métodos: Uma pesquisa sobre *osteoporosis* e *fall prevention* foi realizada utilizando o *PubMed*, *Medscape* e as normas de orientação clínica da DGS.

Resultados: Da pesquisa efetuada foram encontrados 569 artigos, dos quais foram selecionados 17 artigos e 2 normas da DGS.

Conclusão: As fraturas osteoporóticas representam um grave problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, às consequências médicas que acarretam, à diminuição da qualidade de vida e aos custos sociais e económicos. Assim, é importante a sua prevenção e tratamento adequados.

P 98

ESTUDO DA MEDICAÇÃO CRÓNICA NUMA AMOSTRA DE IDOSOS NO CENTRO DE SAÚDE DE PORTALEGRE

Margarida Nunes¹, Ângela Bento Pinto², Laura Magalhães Gonçalves², Mafalda Barrigas¹, Oleh Yaremij¹

¹Centro de Saúde de Portalegre - USF Portus Alacer, ²Centro de Saúde de Portalegre - USF Plátano

Introdução: A polimedicação no idoso, associada às alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento e às múltiplas patologias crónicas, aumenta o risco de interações farmacológicas e reacções adversas, o que leva ao aumento da morbimortalidade. A aplicação dos critérios de Beers auxilia os profissionais de saúde na selecção terapêutica dos idosos.

Objetivos: Estudar a prevalência da polimedicação minor (2-4 fármacos) e major (≥ 5 fármacos), avaliar a utilização de medicação potencialmente inapropriada (MPI) e fármacos a utilizar com precaução em idosos (≥ 65 anos) em quatro listas de utentes, do Centro de Saúde de Portalegre.

Material e métodos: Estudo descritivo, observacional e transversal. Amostra: idosos na consulta programada do MF em Janeiro de 2016. Variáveis: sexo, idade, prescrição crónica. Colheita de dados: Sclínico, com processamento em Excel. Aplicar os critérios de Beers para determinar a MPI e fármacos a utilizar com precaução.

Resultados: 466 idosos, 60,3% do sexo feminino, com média de 75 anos. O consumo médio de fármacos por utente foi de 5,5. A prevalência da polimedicação major foi de 61,8% e minor de 30,5%. Nos utentes com polimedicação major, 78,8% tinha pelo menos um MPI e 82,6% tinha pelo menos um fármaco a utilizar com precaução. A MPI



prescrita com maior frequência foram as benzodiazepinas (n=201) e os diuréticos (n=236) os fármacos mais prescritos a utilizar com precaução.

Discussão/Conclusões: Este estudo demonstra elevada prevalência de idosos polimedicados, à semelhança de resultados em estudos anteriores, existindo 63,7% dos idosos a fazer pelo menos uma MPI, sendo necessária a racionalização da polifarmacoterapia.

P 99

DOENÇA ÓSSEA DE PAGET: UMA PATOLOGIA

SUBDIAGNOSTICADA NO IDOSO

Margarida Nunes¹, Ângela Bento Pinto², Laura Magalhães Gonçalves², Mafalda Barrigas¹, Oleh Yaremly¹

¹Centro de Saúde de Portalegre - USF Portus Alacer, ²Centro de Saúde de Portalegre - USF Plátano

Introdução: A doença óssea de Paget (DOP) é uma doença esquelética, de distribuição monostótica ou poliostótica, caracterizada por aumento focal da remodelação óssea, resultando em anormalidade da arquitectura óssea.

Objetivos: Realizar uma revisão sistemática sobre a DOP: etiologia, critérios de diagnóstico e tratamento.

Material e métodos: Pesquisa de artigos nas bases de dados *UpToDate* e *Scielo*, em Português, Inglês e Espanhol, nos últimos 10 anos, usando os termos *MeSH Paget disease of bone*, revistas médicas e livros de texto.

Resultados: A prevalência aumenta com a idade, sendo maior no sexo masculino. Ocorre em 10% dos idosos com mais de 80 anos. A etiologia é desconhecida, a evidência apoia etiologias genéticas e/ou virais. As áreas mais afetadas são: crânio, corpos vertebrais, pélvis, fémur e tibia. A maioria dos doentes é assintomática; quando sintomática, a dor é o sintoma inicial mais comum, de intensidade moderada, sem relação com o movimento, acompanhada, por vezes, de deformações ósseas locais. A abordagem diagnóstica é feita através da clínica, achados radiológicos e marcadores bioquímicos da formação e reabsorção ósseas. O diagnóstico diferencial deve ser feito com osteoartrite, osteomalácia, metástases ósseas, osteossarcoma e tumores ósseos primários. As complicações mais frequentes incluem fraturas patológicas, deformações ósseas, osteoartrite secundária, hipoacusia e compressão nervosa. O tratamento de primeira linha são os bifosfonatos, associados a cálcio e vitamina D.

Conclusão: O MF deve estar alerta para esta patologia subdiagnosticada, identificando fatores de suspeição. O tratamento precoce é importante no controlo da atividade e progressão da doença e na diminuição das complicações.

P 100

O QUE ME SEPARA DO MUNDO?

Laura Magalhães Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹, Mafalda Barrigas², Margarida Nunes²

USF Plátano¹, USF Portus Alacer² - Centro de Saúde de Portalegre

Introdução: As alterações sensoriais têm elevada prevalência e incidência no idoso e repercutem-se no âmbito funcional, psicológico e social. A idade é um fator de risco independente para cegueira e surdez mas frequentemente estas alterações estão associadas a outras patologias.

Objetivos: Proporcionar conhecimentos atualizados sobre as alterações sensoriais no idoso e disponibilizar recomendações específicas para a sua abordagem pelo especialista de Medicina Geral e Familiar.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey*, *UpToDate* e *Scielo*, de artigos publicados nos últimos 10 anos, em Inglês e Espanhol, utilizando os termos *MeSH: vision loss, hearing loss e depriviación sensorial*.

Resultados: As alterações sensoriais limitam funcionalmente o idoso aumentando a dependência, reduzindo a mobilidade e elevando o risco de acidentes domésticos e quedas, constituindo um fator de risco para institucionalização.

Desde o ponto de vista cognitivo e social, dificultam a comunicação conduzindo ao isolamento e a síndromas ansioso-depressivas.

As causas de diminuição da acuidade visual e cegueira mais frequentes são a degeneração macular associada à idade, cataratas, glaucoma, retinopatia diabética e uveítes.

A presbiacusia, excesso de cerúmen, otosclerose, otite média crónica, traumas acústicos e ototoxicidade iatrogénica são as causas mais frequentes de diminuição da acuidade auditiva e surdez.

As alterações do gosto, olfato e tato condicionam uma alimentação inadequada, rica em sal e açúcar aumentando a prevalência de HTA, DM2 e obesidade.

Conclusão: A abordagem das alterações sensoriais pelo especialista de Medicina Geral e Familiar é fundamental e permite cuidar o idoso de forma preventiva, integral, progressiva e continuada.

P 101

REPRESENTATIVIDADE DO IDOSO NA CONSULTA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA NA UCSP OLAIO

Rui Buzaco, Manuel Vazquez

UCSP Olaio - ACES Loures Odiveelas

Estima-se que cerca de 95% da população com mais de 65 anos possa apresentar duas ou mais patologias diagnosticadas, definindo-se como conceito de multimorbilidade.¹ Dada a extrema representatividade deste grupo de doentes com multimorbilidade na população idosa, assim como do número crescente de idosos na população portuguesa, seria lícito extrapolar-se que este seria o grupo mais representativo nas consultas de medicina geral e familiar e o grupo com mais necessidade de atendimento médico por pessoa por ano. Para compreender a realidade da nossa população, realizou-se uma caracterização da população acima dos 65 anos inscrita, assim como o número de consultas realizadas por doente durante o ano de 2015. Foram agrupados todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos presentes na lista de consulta em 2015 (n=253). Destes doentes, com idade média de 74 (65-100), percentagem homens e mulheres, tiveram uma média de 3 consultas (0-13) durante o ano de 2015, sem diferenças significativas quando ajustados à idade ou género. De salientar que uma percentagem importante da amostra (19%) não recorreu a qualquer visita ao Centro de Saúde durante o período do estudo.

Desta caracterização pode antever-se a necessidade de uma mais exaustiva caracterização da população, nomeadamente no que respeita à multimorbilidade associada e à relação desta com a necessidade de maior acompanhamento médico, reflectindo-se num maior número de consultas/ano. Torna-se ainda evidente a necessidade de melhor conhecer a população que não recorre ao centro de saúde, melhorando as estratégias de seguimento destes doentes.

Referência bibliográfica

1. Broeiro, P. Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. Ver Port Med Geral Fam, 2015; 31:158-60



DEPRESSÃO NO IDOSO

Nídia Cristele Nunes, David Tomaz Rodrigues, Hugo Salgueiro, Joana Fernandes, Joana Pereira, Nuno Páscoa, Susana Grilo Lourenço
USF Planície - Évora

Introdução e objetivo: Em pessoas com idade superior a 65 anos, a depressão é 2-3 vezes mais frequente do que a demência. É ainda uma patologia sub-diagnosticada e sub-tratada, levando à sua cronicidade, aumentando a morbilidade e o risco de suicídio.

Metodologia: Pesquisa sistemática durante o mês de Abril de 2016, nas bases de dados no *The New England Journal, British Geriatric Society*, de artigos escritos em inglês e português até essa data usando os termos *MeSH depression in elderly*, depressão no idoso.

Resumo: A depressão no idoso tem uma prevalência acima dos 10%, aumentando em pessoas hospitalizadas com várias co-morbilidades e nas que são residentes em lares. Frequentemente associada a outras patologias, nomeadamente neurológicas, agrava também com o aparecimento das alterações funcionais/perda de capacidades motoras, maior necessidade de cuidados de saúde, viveu, entre outros. Os sintomas clássicos estão presentes no entanto, a dor é a queixa mais frequentemente apresentada por estes pacientes, sendo exagerada e envolvendo vários sistemas. Para o diagnóstico devem ser excluídas outras patologias médicas ou interações medicamentosas e, sendo que alguns sintomas presentes nos idosos podem ser diferentes dos apresentados em faixas etárias mais jovens, são utilizadas escalas que auxiliam no diagnóstico, em particular a Escala de Depressão Geriátrica. Apesar de não haver consenso sobre terapêutica de 1º linha, é recomendado iniciar com Inibidores da Recaptação da Serotonina em doses mais baixas do que na população jovem. Em caso de falha podem ser utilizadas outras classes de antidepressivos, nomeadamente Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina. A Terapia electroconvulsiva apresenta maior eficácia em depressão psicótica. Farmacoterapia combinada com Psicoterapia tem demonstrado evidência de grande eficácia na depressão major do idoso.

Conclusão: A depressão não está relacionada com a idade, não devendo ser encarada como parte do processo normal de envelhecimento. É necessária uma investigação de outras alterações cognitivas, fazer terapêutica adequada, estando particularmente atentos ao risco acrescido de suicídio.

A PRÁTICA DE TAI CHI NA PREVENÇÃO DE QUEDAS E NO EQUILÍBRIO EM IDOSOS

Pedro Caetano¹, João Gomes², António Araujo², Gustavo Gama³, Inês Campos¹, Jorge Laíns¹

¹Centro de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, Tocha

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

³USF Renascer, Gondomar

Introdução: As quedas nos idosos possuem um significado muito relevante, podendo conduzi-los à incapacidade ou morte. Há necessidade de manter estes indivíduos ativos, através de atividades físicas, na qual se enquadra o Tai Chi, para aquisição de boa postura, equilíbrio e bem-estar que serão fundamentais na prevenção de quedas.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura sobre o papel da prática de Tai Chi na prevenção de quedas em idosos.

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa nas bases de da-

dos *PubMed/Medscape* com os seguintes termos: Tai Chi *falls elderly* entre Janeiro de 2006 e Abril de 2016. Foram encontrados 136 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 22. Os artigos incluídos avaliaram indivíduos a partir dos 65 anos de idade, em programas de prevenção de quedas com a prática de Tai Chi.

Resultados: Face aos seus benefícios, o Tai Chi constitui uma alternativa de atividade física para a população idosa. Promove a melhoria da flexibilidade e equilíbrio, ganho de força muscular e coordenação, resultando numa resposta positiva na redução de quedas e no medo de cair. Proporciona melhoria do bem-estar, confiança e qualidade de vida. Os estudos não apresentaram dados em relação à frequência das sessões de Tai Chi.

Discussão/Conclusões: A prática de Tai Chi pode ser determinante na prevenção precoce de quedas em idosos, no entanto, mais estudos serão necessários. A sua prática regular permite alcançar consideráveis contribuições na autoconfiança, satisfação pessoal, bem-estar psicológico e interação social.

ANEMIA NO IDOSO - UMA DOENÇA, MUITAS ETIOLOGIAS

Ana Maresch, Danielle Brunialti, Duarte Pinheiro, Nury Basabe
UCSP Algueirão-Mem Martins, UCSP Tapada das Mercês, USF Natividade

Introdução: A anemia é definida pela OMS como Hb<13g/dl no homem e <12g/dl na mulher. Atinge mais de 10% da população idosa, devido a múltiplas etiologias e pode ser correlacionada com o aumento da morbilidade e mortalidade.

Objetivo: rever a prevalência da anemia na população ≥65 anos e elaborar um fluxograma da abordagem diagnóstica.

Metodologia: Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS) e estudos originais na *PubMed, American Academy of Family Physician, Uptodate*, publicados desde 2010, em português e inglês. Termos *MeSH: anemia in older persons*. Para a avaliação dos níveis de evidência foi utilizada a escala *SORT* da *American Family Physician*.

Resultados: Dos 129 artigos encontrados foram elegíveis 7: 1 NOC, 1 guideline, 2 estudos originais e 3 RS. Referente à etiologia da anemia nos idosos, os estudos *NAHANES III* e *Stanford* concluem que as principais causas são: deficiência nutricional, insuficiência renal crónica e outras doenças crónicas e causas indeterminadas. A anemia deve ser investigada se esperança de vida >1 ano (NOC). A avaliação inicial deve incluir a história clínica, exame objetivo e hemograma completo com reticulócitos e esfregaço periférico. Testes laboratoriais adicionais devem ser avaliados caso a caso (estudo do ferro, função renal, etc).

Discussão: A anemia no idoso geralmente tem etiologia multifatorial e é cada vez mais decorrente de doenças cuja prevalência aumenta com a idade. A abordagem deve ser abrangente para um diagnóstico correto excluindo causas secundárias como síndromes mielodisplásicas comumente classificadas como causas inexplicáveis.

UMA ENXAQUECA COM AURA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Maresch, Danielle Brunialti, Duarte Pinheiro, Nury Basaba
UCSP Algueirão- Mem Martins, UCSP Tapada das Mercês, USF Natividade



Introdução: A enxaqueca é um transtorno neurológico crônico que se manifesta por cefaleia intensa, geralmente associada a náuseas e/ou foto/fofobia. Afeta 17% das mulheres e 6% dos homens, sendo que destes 25% experimentam sintomas neurológicos focais visuais, sensoriais, verbais ou distúrbios motores designados por aura. O aparecimento repentino de cefaleias em idosos é tido como um sinal de alarme.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, caucasiana, reformada, integrada numa família nuclear. Tem como antecedentes pessoais obesidade e diabetes melitus tipo 2. Medicada habitualmente com metformina. Em setembro de 2015, recorreu à consulta por queixas de “visão tremida” de aparecimento recente (aproximadamente 1 mês) com duração de 30 minutos a 1 hora. Por vezes, acompanhada de cefaleia intensa, com duração de horas, unilateral, com náuseas e vômitos. Melhorava ligeiramente com o paracetamol. Foi observada por oftalmologista particular e excluíram-se patologias que justificassem o quadro. Trazia estudo analítico e ECG requisitados em consulta anterior, sem alterações. Exame objetivo e neurológico sumário apresentavam-se normais. Encaminhou-se a doente ao serviço de urgência para despiste de cefaleia secundária. Foi avaliada pela neurologia, realizou TAC CE, sem patologias. Foi medicada com ibuprofeno e metazolol magnésio, tendo alta com diagnóstico de enxaqueca com aura.

Conclusão: A enxaqueca com aura pode ter uma abordagem diagnóstica e terapêutica eficiente nos centros de saúde, contudo há sinais de alarme que precisam do despiste de cefaleias secundárias, como o aparecimento em idosos, necessitando de exames complementares e apoio interdisciplinar para exclusão de outras patologias mais frequentes para a faixa etária.

P 106

BENZODIAZEPINAS E RISCO DE DEMÊNCIA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Sara Domingues, Vânia Gomes
USF Pro-Saúde, USF Santo António

Introdução: A demência é uma doença comum no idoso e é uma das principais causas de incapacidade e de mortalidade. Assim, é essencial identificar e intervir nos seus possíveis fatores de risco modificáveis. Nos últimos anos, tem-se estudado a associação entre a utilização de benzodiazepinas e o risco de demência. Contudo, os resultados publicados têm sido inconsistentes.

Objetivo: Determinar se a utilização de benzodiazepinas em indivíduos com idade \geq 65 anos está associada a um aumento do risco de demência.

Material/Métodos: Pesquisa de guidelines, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos observacionais em sites de medicina baseada na evidência, nas línguas inglesa e portuguesa, publicados entre 2006 e 2016, com os termos *MeSH benzodiazepines e dementia*. Foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician* para avaliação dos níveis de evidência (NE) e da força de recomendação (FR).

Resultados: Obtiveram-se 209 artigos e 5 cumpriram os critérios de inclusão. A meta-análise e a revisão sistemática revelaram uma associação entre a utilização de benzodiazepinas e o aumento do risco de demência (NE 3). Este risco aumenta com a duração do tratamento, com a duração de ação e com a dose cumulativa das benzodiazepinas (NE 3). Pelo contrário, os estudos observacionais não evidenciaram esta associação (NE 3).

Discussão/Conclusões: A associação entre o uso de benzodiazepinas e o risco de demência apresenta uma evidência limitada (FR C). Porém, estes resultados reforçam a problemática do uso destes fármacos nos idosos e valorizam o papel do médico de família na gestão destes doentes.

P 107

QUANDO A NECESSIDADE NÃO AGUÇA O ENGENHO

Tânia Costa Joana Silva
USF Alves Martins - ACES Dão Lafões

Enquadramento: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade a longo prazo na Europa, sendo que menos de um terço dos doentes recupera a função prévia na totalidade. O tratamento, inicialmente numa Unidade de AVC, engloba uma equipa multidisciplinar. A reabilitação deve ser precoce e pode ser necessária ao longo de diversas semanas.

Caso clínico: Homem de 73 anos, caucasiano, família nuclear em fase VIII do ciclo de Duvall, severamente dependente segundo a escala de Barthel. Antecedentes: fibrilhação auricular, dislipidémia, hipertensão arterial e AVC. Medicação habitual: enalapril 20mg, amlodipina 10mg, rivaroxabano 15mg, amitriptilina 25mg, fenitoína 100mg, sinvastatina 20mg, carvedilol 6,25mg e ácido valpróico 500mg. Em Dezembro de 2010 sofreu um AVC, com sequelas de hemiparésia direita e afasia de Broca. Esteve internado em Medicina Física e de Reabilitação, e posteriormente numa Unidade de Cuidados Continuados, perfazendo 6 meses, sem recuperação funcional. Atualmente é acompanhado pelo Médico de Família em consultas domiciliárias. Mantém os défices motores e a afasia, sendo de referir que tem demonstrado resistência e relutância às diversas tentativas da família em melhorar a comunicação através do uso novas tecnologias.

Discussão: A continuação da reabilitação é recomendada após alta durante o primeiro ano após AVC, devendo ser fornecida informação ao doente e cuidadores. Um utente previamente independente, ao se tornar, subitamente, num doente dependente, pode atravessar as fases do luto de Kübler-Ross. O MF pode ter um papel relevante na implementação de medidas de reabilitação e adaptação social.

P 108

O IMPACTO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Margarida Parracho, Maria João Capucho
Hospital do Espírito Santo, Évora - EPE

Introdução: Com o envelhecimento, a capacidade músculo-esquelética torna-se reduzida, o que resulta em perda de massa muscular e força, podendo ocasionar as dores músculo-esqueléticas¹. As dores músculo-esqueléticas são uma das causas mais comuns de queixas no idoso, apresentando elevada prevalência e elevado efeito ao nível da capacidade funcional, interferindo nas atividades de vida diárias e consequentemente na qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família^{2,3}. Este tipo de dores, influência de modo significativo os vários domínios da qualidade de vida, em especial a capacidade funcional, ocasionando deficiências e limitações, as quais contribuem para a dependência, institucionalização e o aumento dos custos de cuidados de saúde⁴.

Objetivo: Compreender o impacto da dor músculo-esquelética na qualidade de vida da pessoa idosa.

Metodologia: Efetuada revisão da literatura a qual envolveu as bases de dados *PubMed*, *EBSCOhost* e *SciELO*, com limite no período de busca, entre janeiro de 2010 e abril de 2016, combinando os descri-

tores: *pain, aged or elderly, impact,, quality of life.*

Resultados: Foram analisados 24 artigos com ocorrência de dores músculo-esqueléticas e qualidade de vida nos idosos. Em 8 dessas investigações, verificou-se associação entre dor músculo-esquelética e a diminuição da qualidade de vida dos idosos.

Discussão/Conclusões: A dor músculo-esquelética nos indivíduos idosos constitui um sério problema, pela sua limitação e dependência nas atividades de vida diária e de prejuízo na qualidade de vida. Consequentemente, estas limitações aumentam a institucionalização dos idosos e os custos relacionados com os cuidados de saúde. A importância de requerer estratégias adequadas pelos profissionais de saúde nomeadamente a reabilitação funcional, minimiza assim a morbidade e naturalmente melhora a sua qualidade de vida...^{1,2,3,4}

Referências bibliográficas

1. Nesrin, Y; Duymaz, T; Cavlak, U - How does Pain Localization Affect Physical Functioning Emotional Status and Independency in Older Adults With Chronic Musculoskeletal Pain? *Journal Phys. Ther. Sci.*; Vol. 26, nº8 (2014); p. 1189-1192 [consultado em 6 Abril,2016],Disponível na base de dados EbscoHost (Cinahl Complete).
2. Stamm, TA; Pieber, K.; Crevenna, R.; Dörner TE – Impairment in the Activities of Daily Living in Older Adults With and Without Osteoporosis, Osteoarthritis and Chronic Back Pain: A Secondary Analysis of Population-Based Health Survey Data. Vol.17, nº1 (2016);p.139 [consultado em 6 Abril,2016],Disponível na base de dados EbscoHost (Cinahl Complete). ISSN: 1471-2474.
3. Karttunen, NM; Turunen, J.; Ahonen, R.; Hartikainen, S. - More Attention to Pain Management in Community-Dwelling Older Persons With Chronic Musculoskeletal Pain. Vol.43, nº6 (2014); p. 845-850 [consultado em 6 Abril,2016], Disponível na base de dados EbscoHost (Cinahl Complete). ISSN: 1468-2834.
4. Willman, A; Petzall, K; Ostberg, A; Hall-Lord, M. – The Psycho-Social Dimension of Pain and Health-Related quality of Life in the Oldest Old. *Scand J Caring Sci.*. Vol. 27 (2013); p. 534-540 [consultado em 6 Abril,2016], Disponível na base de dados EbscoHost (Cinahl Complete).

P 109

CLOSTRIDIUM DIFFICILE – UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Carlos Daniel Bento, Juliana Caçoilo, Sara Pessoa, Janine Correia
USF Oriente

Introdução: A infecção por *Clostridium difficile* (CD) é das principais causas de infecção nosocomial, principalmente em doentes idosos com múltipla patologia e medicação. Possui muitas vezes apresentação inespecífica e curso indolente mas potencialmente fatal, sendo a suspeição clínica fundamental.

Caso clínico: Mulher de 91 anos, autónoma, residente em lar, com história de tromboembolismo pulmonar recente, insuficiência cardíaca e hepatite C crónica com angiectasias esofago-gástricas. Polimedicada, a salientar: lisinopril, espironolactona, ferro e dabigatran. Em Janeiro/2016 recorre ao Serviço de Urgência (SU) por diarreia líquida, melenas e perda de apetite com 1 mês de evolução. Foi diagnosticada hemorragia digestiva alta (HDA) por angiectasias gástricas, precipitada pela toma de rivaroxabano, com necessidade transfusional e switch para dabigatran.

Recorre à nossa consulta a 04/04/2016 por recidiva das queixas desde há 15 dias. Ao exame objetivo apenas a referir estado geral debilitado e mucosas desidratadas, abdómen sem alterações. Devido à idade, comorbilidades e estado geral optou-se por enviar ao SU, tendo ficado internada 9 dias por lesão renal aguda associada a hipercaliémia e colite pseudo-membranosa a CD.

Discussão: Devido à ausência de antibioterapia prévia, a infecção por CD é por vezes subvalorizada. Neste caso, a doente apresentava desde início vários fatores de risco, no entanto, devido ao episódio prévio de HDA, esta

infecção poderia ter sido tardiamente diagnosticada. Uma discussão diagnóstica adequada pode fazer a diferença prognóstica num doente idoso.

P 110

É SÓ UMA MANCHINHA, SENHORA DOUTORA!

Mafalda Ferreira, Helena Machado, Isabel Machado
USF Ria Formosa, USF Pró-Saúde, USF Minho

Introdução: Tanto a exposição ao sol acumulada ao longo da vida quanto os episódios ocasionais de exposição intensa contribuem para provocar danos na pele.

As neoplasias malignas da pele dividem-se em dois grupos: melanomas e não melanomas (Carcinomas Basocelular e Espinocelular). O carcinoma basocelular ou basalioma (CBC) é o tipo mais comum de cancro de pele.

Caso clínico: F.S, sexo feminino, 83 anos, recorre à consulta de Diabetes e Hipertensão.

Como antecedentes pessoais de relevo destacam-se Diabetes não insulina dependente, HTA com complicações, Glaucoma, Dislipidemia.

A utente refere queixas inespecíficas e ao exame objetivo, observa-se lesão assimétrica no dorso esquerdo, com bordos irregulares, cor avermelhada-acastanhada, com 2 cm de diâmetro.

Com o consentimento da utente, é tirada fotografia da lesão e envio por Alert P1- Telerrastreio dermatológico para o hospital de referência.

Cerca de 2 meses após o pedido, recebo resultado de biopsia com diagnóstico de Carcinoma Basocelular. É marcada consulta para excisão da lesão.

Comentário: Foi descrito um relato de caso de uma utente de 83 anos que apresentou ao exame objetivo, após auscultação pulmonar em contexto de consulta de Diabetes e Hipertensão, uma lesão cutânea com sinais suspeitos de neoplasia.

O diagnóstico de neoplasia maligna da pele é clínico, podendo ser confirmado por biopsia laboratorial. Um exame objetivo cuidado e crítico baseado na técnica do 'ABCD' é crucial na atividade do médico de medicina geral e familiar, sendo este o 'front office' da saúde da população.

P 111

CEFALEIA OU ALGO MAIS

Eduardo Reis, Diana Rocha, Mariana Moura, Diogo Frias, Adília Rafael
USF Sete Caminhos

A cefaleia é uma queixa frequente na consulta. Existem sinais e sintomas que tornam uma simples cefaleia em algo mais grave, que servem como guias de orientação para a abordagem de uma cefaleia, nomeadamente quanto a gravidade e necessidade de MCDT.

Relata-se um caso de um Homem de 68 anos com antecedentes de diabetes, HTA, HBP e dislipidemia. Recorreu a consulta aberta da USF por quadro de cefaleia que não cedia ao paracetamol, náuseas, esquecimentos e alteações ligeiras no discurso. Ao exame objetivo evidenciamos uma ligeira lentificação psicomotora, disfagia de expressão, sem lateralização motora aparente ou défice campimétrico. Sugerimos realização de TC Crânio urgente, que revelou lesão ocupante de espaço intraparenquimatosa temporal anterior. Decide-se referenciação urgente para neurocirurgia, tendo sido intervencionado em menos de um mês, sendo diagnosticado histologicamente um Glioblastoma Multiforme.

O Glioblastoma Multiforme é a neoplasia cerebral primária mais frequente na idade adulta, é um tumor que usualmente ocorre como esporádico, sem que haja evidência de qualquer tendência familiar



ou fatores de risco.

Apesar destes tumores constituírem 2 % de todos os processos oncológicos, estão associados com grande deterioração das capacidades e funções cerebrais, e com prognóstico muito reservado, fatos que contribuem para o impacto individual e social destes tumores. A sobrevida média sem tratamento é de 3 meses sendo com tratamento de 1-2 anos comum. Pacientes com idade avançada possuem um pior risco prognóstico.

O clínico deve reconhecer os sinais de alarme, que como no caso descrito exigem investigação dirigida a patologias mais específicas.

P 112

CARCINOMA DA AMPOLA DE VATER – UMA HIPÓTESE A CONSIDERAR

Eduardo Reis, Adilia Rafael, Mariana Moura, Diogo Frias, Diana Rocha USF Sete Caminhos

O carcinoma da ampola de Vater, também designado por ampuloma, é um tumor maligno com origem na ampola de Vater. A incidência mundial não é conhecida, sendo mais frequente entre as 5.^a e 7.^a décadas de vida.

Tem como sintoma mais comum a icterícia, podendo também surgir colúria, acolia, prurido, anorexia, dispepsia, vômitos, emagrecimento, dor epigástrica, diarreia.

Relata-se um caso de uma mulher de 75 anos com antecedentes de hipertensão, Diabetes, síndrome depressiva, obesidade e dores articulares permanentes. Recorreu por sucessivas vezes a consulta aberta do seu médico de família por dor abdominal epigástrica associada a dores musculares e prurido. Numa das sucessivas vindas referiu alterações do trânsito gastrointestinal. Foi medicada com butilescopolamina, domperidona, anti-histaminico, sem melhoria da dor abdominal e foram solicitados hemograma e bioquímica com enzimas hepáticas, bem como colonoscopia e endoscopia. Ao exame objectivo apresentava dor abdominal na região epigástrica e hipocôndrio direito. Posteriormente no estudo solicitado apresentava uma elevação ligeira das enzimas hepáticas, uma elevação súbita de HgbA1C de 12%, colonoscopia com pólipos tubulares com displasia de baixo grau, na endoscopia evidenciou-se lesão vegetante polipoide na papila de Vater sugestiva de ampuloma, onde sugeriram realização de TC abdominal que posteriormente confirmou diagnóstico. Foi referenciada a consulta de gastroenterologia do hospital de referência tendo sido posteriormente submetida a estudo complementar e duodenopancreatocetomia cefálica.

O Médico de família, enquanto primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, encontra-se numa posição privilegiada para detectar atempadamente patologias menos frequentes devendo ter uma atenção preponderante em patologias mais frequentes em doentes idosos.

P 113

COMO AUMENTAR O CAPITAL MENTAL DOS IDOSOS?

Tiago Castanheiro, Dorothea Krusch, Ana Sofia R. Santos USF Eborae

Introdução: O Capital mental engloba os recursos cognitivos e emocionais de uma pessoa. Alterações na sociedade levam a necessidade de criar estratégias para aumentar o capital mental de todos. As ameaças substanciais à saúde mental das populações, poderão ser atenuadas se aumentarmos o capital mental.

Objetivo: Dar a conhecer estratégias de promoção do capital mental

em idosos.

Metodologia: Consulta do documento *Foresight mental capital and wellbeing project. Mental capital through life: future challenges*, 2008.

Resultados: Existem quatro áreas onde podemos intervir para aumentar o capital mental dos idosos.

A primeira é o défice cognitivo, na qual estratégias a nível governamental devem ser adoptadas. A segunda é trabalhar as outras afecções mentais como a depressão e a ansiedade nos idosos. A terceira é desenvolver estratégias para promover o bem-estar dos idosos. A quarta constitui a promoção da valorização e do valor dos idosos.

Discussão: O alvo dos cuidados de saúde primários deverá ser o maior bem-estar de toda a sociedade.

Nos mais velhos, uma boa aptidão física contribui significativamente para a capacidade cognitiva e para um maior capital mental dos idosos. Os passos pro-ativos para assegurar uma vitalidade cognitiva em idades avançadas muito provavelmente são a adoção de estilos de vida protetores da cognição que incluem esforços concertados para reduzir os riscos e doenças cardiovasculares, atividade aumentada e envolvimento em várias tarefas.

Os médicos de medicina geral e familiar devem estar alerta para estes factos de modo a promoverem um maior bem-estar a todos os seus utentes.

P 114

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM – DA TEORIA À PRÁTICA

Pedro Miguel de Almeida Lopes, Daniela Pedro Correia Centro Hospitalar do Oeste USF Tornada - ACES Oeste Norte

Enquadramento: A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma patologia rara das células B, que se caracteriza pela produção monoclonal de imunoglobulinas M. Afecta maioritariamente pessoas idosas. As manifestações de MW podem incluir febre, astenia, perda de peso, hemorragia de mucosas e do trato gastrointestinal.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 68 anos, natural da Holanda, a viver com a esposa em Portugal há cerca de 2 anos. Antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e insuficiência renal crónica.

A 05/2015, realizou coronariografia e cerca de 1 mês depois, recorreu ao SU por um episódio de epistaxis.

Regressa ao SU em Agosto por um quadro de anorexia, astenia e perda de peso. Ao exame objetivo destacava-se palidez e analiticamente confirmou-se anemia, leucopenia e presença de eritrócitos em pilhas de moedas. Foi observado pela Hematologia, que o internou e fez o diagnóstico de Macroglobulinemia de Waldenström. Realizou plasmafereze e iniciou quimioterapia.

Em Novembro recorre ao SU por um quadro de febre, dispneia e tosse. Analiticamente destacava-se leucopenia e neutropenia e elevação da PCR. A radiografia de tórax confirmou a pneumonia à direita. Fez antibióticoterapia, teve alta e prosseguiu com a quimioterapia.

Discussão: Muitas são as patologias que estudamos ao longo da nossa formação, sendo que a raridade de algumas delas nos leva a pensar que talvez nunca estaremos perante um caso clínico dessas entidades tão pouco frequentes. Este caso clínico marcou não só por isso, bem como pelo facto de ser tão consistente com o descrito na literatura.

SERÁ NORMAL O LUTO DESTA DOENTE?

Joana Freire, Manuel Gonçalves, Daniela Coelho, Elsa Pimenta,
Ana Catarina Pires, António Gonçalves
ULSNE – Centro de Saúde Santa Maria Bragança

Introdução: o luto é uma resposta normal à perda de uma pessoa querida. Nos dias iniciais e até meses após a perda, o luto pode variar em intensidade, natureza e tempo. A partir de 6 a 12 meses a intensidade do luto vai diminuindo, a realidade e o significado da morte são assimilados.

Caso clínico: sexo feminino, 72 anos, caucasiana, autónoma nas AVDs, viúva, vive sozinha numa aldeia com apoio familiar. Antecedentes patológicos: HTA, dislipidemia, DPOC. Sofreu perda do marido em Julho de 2014 desde então tem várias consultas com o seu médico de família por persistentes queixas de aperto torácico e palpitações. Além do mais recorre frequentemente ao Serviço de Urgências por cefaleias, náuseas/ vômitos e ansiedade. Realizou vários exames diagnósticos complementares com exclusão de patologia orgânica. Entretanto foi pedida interconsulta de psicologia. Atualmente, com a terapêutica instituída e com o apoio psicológico a doente está mais estável, reconhece que alterou a sua relação com o mundo. Desde Fevereiro de 2016 faz duas caminhadas longas por dia, junta-se com as suas vizinhas e assim, deixou de se refugiar em casa sozinha. Mas como ela diz: “estou sempre a pensar nele”.

Comentários: com este caso vemos a importância de reconhecer e tratar adequadamente o luto complicado. O correto diagnóstico deste problema é muito importante devido às complicações orgânicas e psicológicas que acarreta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RADICULOPATIA CERVICAL

Kristina Rabcheva, Mariya Senkiv, Inês Vale, Celestina Ventura
UCSP Sines

Introdução: A radiculopatia cervical é uma compressão mecânica e/ou inflamação de uma ou mais raízes nervosas, podendo prejudicar os vasos sanguíneos e como consequência pode levar à dor crónica e incapacidade. É uma patologia que apresenta clínica muito variável e existe pouca correlação entre a intensidade do quadro clínico e as alterações anatómicas ou radiológicas. Ao mesmo tempo estamos confrontados com uma dificuldade em diferenciar doença degenerativa cervical do processo normal de envelhecimento.

Objetivos: Realizar uma revisão dos principais diagnósticos diferenciais de radiculopatia cervical, sensibilizando para a importância da sua identificação e diagnóstico corretos, que afetam o processo terapêutico e a vigilância adequada.

Material e métodos: Pesquisa de artigos nas bases de dados *Pub-Med*, *Scielo*, *Medscape* em Português, Inglês e Espanhol, entre 1984 e 2016, usando os termos *diferencial diagnosis* e *cervical radiculopathy*, revistas médicas.

Resultados: A dor cervical é uma dor unilateral, que frequentemente irradiada para o braço, com ou sem parestesias e cefaleia associadas. Tem clínica inespecífica, sendo preciso realizar o despiste analítico das doenças metabólicas, Rx, TAC, MR, EMG, consoante a patologia suspeita. Os diagnósticos diferenciais mais comuns incluem: mononeuropatia periférica, doenças sistémicas (Neuropatia diabética, Polimialgia reumática, Espondiloartropatias seronegativas), doenças infecciosas (herpes zooster, CMV, doença de Lyme, etc.), neoplasias, mielopatia cervical, Síndrome Personage-Turner, patologia cardíaca

e patologias do ombro.

Discussão/Conclusões: É fundamental que o médico possua um conhecimento aprofundado dos diagnósticos diferenciais da radiculopatia cervical, desempenhando um papel fundamental no diagnóstico precoce e encaminhamento adequado.

PARA NÃO CAIR, VAMOS PREVENIR – O PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA PREVENÇÃO DAS QUEDAS NO IDOSO

João Freitas¹, Sara Fernandez², Cátia Lírio²

¹Internos de Medicina Geral e Familiar - UCSP de Quarteira, ACeS Algarve - Central, ²Interna de Medicina Geral e Familiar - USF Camélias, ACeS Grande Porto VI

Introdução: A Organização Mundial de Saúde defende a promoção do envelhecimento saudável, dando ênfase a estratégias que promovam o bem-estar e minimizam a dependência. Sendo a mobilidade um dos fatores determinantes do envelhecimento saudável e da qualidade de vida, a prevenção de quedas é uma área prioritária na promoção da saúde dos idosos.

Objetivo: Rever as estratégias, aplicadas nos Cuidados de Saúde Primários, que possam contribuir para diminuir o risco de quedas no idoso.

Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas *Uptodate* e *Pubmed* com as palavras-chave: *accidental falls*, *falls prevention* e *elderly*.

Resultados: As quedas são consideradas o acidente doméstico mais frequente e a primeira causa de dependência na população com mais de 65 anos. A ocorrência de quedas está associada a riscos multifatoriais que podem ser intrínsecos ou extrínsecos à pessoa, sendo os mais comuns os relacionados com o ambiente físico. Deste modo, os idosos devem assumir um papel ativo na redução do risco de queda, uma vez que grande parte das medidas estão relacionadas com modificações comportamentais.

Discussão: Os Cuidados de Saúde Primários são o ponto-chave do Sistema de Saúde, sendo não só responsáveis pela vigilância e manutenção da saúde, mas também pela promoção da autorresponsabilização e autonomia dos utentes. Assim, os Médicos de Família devem estar sensibilizados para a avaliação do risco de quedas no idoso e implementar estratégias para a sua prevenção. A efetividade destas medidas depende de uma avaliação individualizada e de intervenções diversas.

O IDOSO FRÁGIL

Ana Reis, Alexandra Freitas, Inês Sousa, Rui Fernandes,
Alcina Bastos, Luís Pinheiro
USF Hygeia - ACES Vale do Sousa Norte

Introdução: A síndrome de fragilidade (SF) está relacionada com o aumento de eventos adversos na saúde do idoso, sendo um estado multidimensional com vulnerabilidade acrescida e perda de resistência após um evento de stress que pode desencadear mudanças desproporcionais no estado de saúde.

Objetivo: Compreender, saber diagnosticar e acima de tudo prevenir o aparecimento da SF.

Material e métodos: Revisão clássica da literatura sobre a temática utilizando os termos *MeSH frailty syndrome*, *frailty* e *elderly*, no *Pub-Med/Medline*, *Cochrane Library* e *Bandolier*, bem como em livros da especialidade.



Resultados: A SF está presente em 7-16% dos idosos não institucionalizados. Trata-se de uma população heterogênea, com graus variados de dependência, que apresenta quadros mais graves, com maiores complicações e internamentos mais frequentes do que a população em geral. Na prática clínica, o seu rastreio, prevenção e diagnóstico precoce são essenciais para orientar a decisão clínica e promover um envelhecimento ativo. A fisiopatologia da SF envolve a disfunção de vários sistemas fisiológicos, a sarcopenia, a disfunção imune, estado pró-inflamatório, anemia, desequilíbrio excessivo entre hormonas anabólicas e catabólicas, resistência à insulina e stress oxidativo. A acumulação das disfunções aumenta o risco de fragilidade, independentemente de doenças crônicas e da idade cronológica. A intervenção deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente numa fase de pré-fragilidade onde há um maior benefício.

Conclusão: Uma vez que a SF acarreta um risco acrescido de perda de função no idoso é importante saber reconhecê-la e intervir precocemente para preservar a saúde do idoso.

P 119

BEBER PARA ESQUECER: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO!

Paulo Santos¹, Rita Ferreira²

¹USF Aldoar, ²USF Garcia de Orta

Enquadramento: O álcool surge em terceiro lugar no que concerne aos fatores de risco de doença e morte na Europa, tendo a maioria das patologias associadas ao álcool uma relação dose-efeito. Embora a patologia aguda associada ao binge drinking seja mais prevalente em faixas etárias jovens, estão também relatados casos em idosos. De realçar que o envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual, mas impreterivelmente associada a alterações biopsicossociais marcantes. Relato de caso: Mulher, 70 anos, fase VIII no ciclo de Duvall (viúva há três meses), hipertensa controlada. Recorreu à consulta aberta por quadro de dor epigástrica com irradiação dorsal. Na anamnese referia vômitos, disfagia para alimentos sólidos, pirose, astenia, anorexia e perda de peso (9 Kg/1,5 mês). Humor subdepressivo. Ao exame físico, abdómen sem alterações relevantes. Foi requisitada endoscopia digestiva alta, ecografia abdominal e estudo analítico, cujos resultados mostrou na consulta aberta após duas semanas, conjuntamente com uma carta da ida ao serviço de urgência onde, face a uma história clínica semelhante, foram realizadas análises clínicas e raio-x. Teve alta com o diagnóstico final de hepatite alcoólica aguda. Discussão: O luto caracteriza-se por um conjunto de reações a uma perda significativa, podendo manifestar-se de diferentes formas. Neste contexto, é de destacar a posição fragilizada dos idosos que se deparam frequentemente com esse processo, cabendo aos profissionais de saúde o dever de estarem particularmente atentos ao seu impacto e possíveis repercussões no quotidiano do idoso viúvo aquando da sua abordagem.

P 120

O IDOSO DIABÉTICO

Ana Reis, Alexandra Freitas, Inês Sousa, Rui Fernandes,

Alcina Bastos, Luís Pinheiro

USF Hygeia - ACES Vale do Sousa Norte

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença com elevada prevalência nas populações mais idosas, estando associada a altos níveis de mortalidade e morbidade, à polimedicação e à deterioração cognitiva e funcional, agravada no idoso. Os idosos diabéticos têm um maior risco de complicações micro e macrovasculares e existem

particularidades da diabetes no idoso que têm que ser equacionadas, quer no momento do diagnóstico, quer ao longo do tratamento.

Objetivos: Conhecer as particularidades no acompanhamento e tratamento dos doentes idosos diabéticos.

Material e métodos: Revisão clássica da literatura sobre a temática utilizando os termos *MeSH diabetes, older patients e elderly*, no *PubMed/Medline, Cochrane Library, DARE, Bandolier e National Guideline Clearing House*, bem como em livros da especialidade.

Resultados: Existem síndromes e complicações que surgem mais frequentemente no idoso com diabetes nomeadamente: caquexia diabética neuropática, neuropatia diabética, amiotrofia, otite externa maligna, necrose papilar, osteoporose, demência e hipoglicemia. Relativamente ao tratamento da diabetes no idoso também existem particularidades, nomeadamente outras patologias que acompanham o envelhecimento e podem interferir com a capacidade de controlar a doença e que terão de ser tomadas em consideração para as opções terapêuticas, como sendo as síndromes geriátricas (destacando as alterações cognitivas, funcionais, a depressão, a polimedicação e a dor), o risco de desnutrição, e a institucionalização.

Conclusão: O idoso diabético apresenta um risco aumentado de várias complicações, daí ser importante para o médico de família estar atento e saber atuar precocemente. O tratamento também sofre particularidades que devem ser sempre consideradas antes de iniciar qualquer regime terapêutico.

P 121

VITAMINA D E LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO:

CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

Pedro Miguel de Almeida Lopes, Daniela Pedro Correia

Centro Hospitalar do Oeste USF Tornada - ACES Oeste Norte

Introdução: A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel que contribui para a regulação da homeostasia mineral óssea. Contudo, a presença de recetores de vitamina D e de enzimas metabolizadoras de vitamina D em vários tipos celulares, sugere a sua intervenção noutros processos fisiológicos.

Objetivos: Com este estudo procurou-se ilustrar o efeito imunomodulador da vitamina D no lupo eritematoso sistémico (LES).

Material e métodos: Pesquisaram-se artigos científicos nas bases de dados *PubMed, Science Direct e EMBASE* usando as palavras-chave *vitamin D, deficiency, systemic lupus erythematosus*.

Resultados: A deficiência de vitamina D é mais prevalente nos doentes com LES do que na população geral. No entanto, isto pode ser justificado pelo facto de os doentes com LES terem mais fatores de risco para a hipovitaminose D.

A deficiência de vitamina D é ainda associada a uma maior atividade da doença. Para além disso, estudos de suplementação pareceram demonstrar uma melhoria nas taxas de atividade do LES e nos níveis de marcadores serológicos.

Discussão/Conclusões: Apesar da vitamina D interferir com as manifestações do LES, continua por esclarecer se a deficiência de vitamina D é um potencial factor contribuinte para o LES ou um efeito do LES. Dada a alta prevalência da hipovitaminose D entre os doentes com LES, acreditamos que a suplementação com vitamina D tem um efeito positivo no curso da doença. Contudo, são necessários mais ensaios clínicos para clarificar a complexa relação entre vitamina D e LES.

PERICARDITE PÓS-RADIOTERAPIAJoana Sofia Fernandes¹, Margarida R. Cardoso²¹ACeS Cova da Beira - UCSP Covilhã, ²Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Enquadramento: A Pericardite Aguda é a patologia mais comum que acomete o pericárdio. Apesar de tipicamente se caracterizar por dor torácica, atrito pericárdico, anormalidades no eletrocardiograma e derrame cardíaco, quando a evolução é lenta, estas características nem sempre estão presentes.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, com antecedentes pessoais de carcinoma *ductal in situ* da mama esquerda (submetida mastectomia e radioterapia em 2015) e dislipidemia, iniciou quadro de tosse não produtiva com 4 semanas de evolução, acompanhada de dispneia para médios esforços e, posteriormente, ortopneia. Objetivamente encontrava-se hipotensão, com ingurgitamento venoso jugular, com hipofonese dos sons cardíacos e com murmúrio vesicular diminuído nas bases. Para esclarecimento da etiologia deste quadro realizou-se primariamente uma radiografia tórax que demonstrou presença de derrame pleural bilateral e aumento discreto da silhueta cardio-vascular. No seguimento da marcha diagnóstica efetuou-se ecocardiograma que demonstrou derrame pericárdico de grandes dimensões já com sinais de compromisso hemodinâmico ligeiro confirmando a suspeita de pericardite. Após a exclusão de outras causas mais comuns, concluiu tratar-se de uma Pericardite Aguda Pós-radioterapia.

Conclusões: A radioterapia, muitas vezes usada como terapia adjuvante, não é inócua e não se devendo descuidar os seus efeitos adversos. É portanto essencial tê-los em conta durante o seguimento do doente. Uma abordagem centrada no doente e nos seus antecedentes permite dirigir o estudo e rapidamente encontrar causas de pericardite menos frequentes como neste caso.

INFEÇÃO PROTÉSICAMargarida R. Cardoso¹, Joana Sofia Fernandes², Manuel Nisa Pinheiro³¹Interna complementar de Infeciologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.²Interna complementar de Medicina Geral Familiar, ACES Cova da Beira - UCSP Covilhã.³Assistente Hospitalar de Medicina Interna - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.

A localização abdómino-femoral é fator de risco para infecção protésica. A cintigrafia com leucócitos marcados tem um valor preditivo positivo de 80-90% no diagnóstico.

Homem 73 anos com antecedentes de aneurisma da aorta abdominal com colocação de endoprótese em 2006; hérnias discais lombares com cirurgia em 1998; hipertensão arterial essencial. Medicação habitual: trifusal 300mg por dia. Recorreu ao Serviço de Urgência com 2-3 meses de evolução, de febre (picos diários de predomínio vespertino, máximo 39°C, com cedência a antipiréticos), anorexia, mal-estar abdominal inespecífico e obstipação. Objectivamente de relevar: subfebril com adenopatias inguinais bilaterais palpáveis. Analiticamente: Anemia normocítica normocrómica, leucocitose com linfocitose e pCr de 15.1 mg/dL. Fez cintigrafia com leucócitos marcados que revelou processo sugestivo de infecção localizada na parede anterior da prótese aórtica. Cumpriu antibioterapia empírica com resolução do quadro e teve alta. Voltou a recorrer ao Serviço de Urgência 8 meses depois por melenas e dor abdominal. Fez AngioTC abdominal e pél-

vico que apresentou aneurisma fusiforme da aorta abdominal, abaixo da emergência das artérias renais, com extensão crânio-caudal de cerca de 10 cm, com a 3ª porção duodenal em amplo contacto com o aneurisma. Realizou-se endoscopia digestiva alta que revelou fístula aorto-entérica duodenal. Nesta sequência fez *bypass* axilo-bifemural de urgência com excisão de prótese aórtica, laqueação de coto aórtico e encerramento de fístula duodenal, resultando em resolução do quadro clínico.

Apesar da baixa incidência da patologia, 32% complicam com fístula aorto-entérica, facto que nos deve deixar alerta devido à mortalidade associada, sendo esta a pertinência do caso apresentado.

UMA "HÉRNIA" MALIGNA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICOSantos Rita¹, Figueiredo Inês², Infante Luís¹, Mano Margarida¹, Moreira Carla²¹USF Montemuro, Castro Daire; ²USF Lusitana, Viseu - ACeS Dão Lafões

Enquadramento: O linfoma B difuso de células grandes é o tipo de linfoma mais prevalente, representando 31% dos Linfomas não-Hodgkin. Quando não tratado é rapidamente fatal. Clinicamente é caracterizado por linfadenopatia dolorosa, sintomas constitucionais, prurido generalizado, anorexia, edema dos membros inferiores e fadiga. O diagnóstico é feito analiticamente, imagiologicamente de forma dirigida ao órgão/sistema afetado, biópsia medular e, mais importante, biópsia do nódulo linfático.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 73 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial medicada e controlada. Recorre aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) devido ao aparecimento de massa localizada na região inguinal esquerda. Por suspeita de hérnia inguinal foi pedido estudo ecográfico. Regressa aos CSP para mostrar o resultado da ecografia e ao exame objetivo constata-se o aumento da massa, agora aderente e infiltrativa, com atingimento testicular homolateral. Por suspeita de lesão neoproliferativa, foi solicitada Tomografia Computorizada abdómino-pélvica que, posteriormente, confirmou a presença de lesão infiltrativa sugestiva de linfoma. O doente foi então encaminhado com urgência à consulta de cirurgia. Já ao cuidado do serviço de cirurgia foi submetido a biópsia cirúrgica da massa inguinal esquerda, com o subsequente diagnóstico de Linfoma B difuso de grandes células. Atualmente o doente é seguido em consulta de urologia e oncologia, estando a ser submetido a quimioterapia em regime de ambulatório.

Discussão: O caso descrito, salienta a importância dos CSP, e em especial do Médico de Família, na valorização clínica de sinais e sintomas que podem conduzir ao diagnóstico atempado de doenças que requerem tratamento urgente.

O DESAFIO DA PERDA PONDERAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.Daniela Pedro Correia, Pedro Miguel de Almeida Lopes
USF Tornada - ACES Oeste Norte Centro Hospitalar do Oeste

Enquadramento: A perda ponderal representa um problema comum nos cuidados primários. Múltiplas são causas de perda ponderal. Malignidade, patologia gastrointestinal, psiquiátrica e endócrina estão entre as causas mais comuns. Os sintomas clássicos de hipertirodismo são perda de peso, intolerância ao calor, tremor, palpitações, ansiedade e diarreia. Estes sintomas podem ser mais ténues em pes-



soas de maior idade.

Caso clínico: Homem de 66 anos, autônomo, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia. Sem hábitos de consumo relevantes.

Em Agosto de 2014, veio à consulta preocupado por perda ponderal acentuada, com ligeira diminuição do apetite e hipersudorese. Sem outras queixas ou alterações significativas ao exame objetivo (EO), requisitou-se estudo analítico e rastreio oportunístico do cancro colo-retal (colonoscopia).

Uma semana depois voltou com resultados analíticos que revelaram hipertiroidismo, referia tremores ligeiros de novo, sem outras queixas ou achados ao EO, pediu-se estudo ecográfico da tiróide, iniciou beta-bloqueador e referenciou-se para consulta de Medicina Interna. A ecografia revelou lobos tiroideus globosos e diminuição difusa da ecogenicidade, sugestivo de tiroidite.

Em Setembro de 2014 teve consulta de Medicina Interna, confirmando-se o diagnóstico de tiroidite subaguda com hipertiroidismo, iniciou metibazol com melhoria das queixas e continuou vigilância nesta consulta. Posteriormente voltou com resultado de colonoscopia sem alterações.

Discussão: Dado o amplo espectro de diagnósticos diferenciais de perda ponderal involuntária, a abordagem diagnóstica deve ser sempre individualizada com base na história clínica e no EO. O diagnóstico e tratamento precoces de causas de hipertiroidismo são fundamentais para um bom prognóstico.

P 126

DISFUNÇÃO SEXUAL NO IDOSO INDUZIDA POR ANTIDEPRESSIVOS

Inês Amado; Sofia Domingues

Centro Hospitalar do Médio Tejo - Hospital de Tomar

Introdução: A disfunção sexual em qualquer fase do modelo atual de resposta sexual (Libido, Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução) é uma queixa frequente nos doentes com depressão, habitualmente atribuída à doença. No entanto, a maioria dos antidepressivos (AD) pode desencadear novas queixas ou agravamento das prévias, levando ao abandono da terapêutica e consequente recidiva. Os idosos, especialmente os do sexo masculino e com co-morbilidades, estão em maior risco de desenvolver disfunção sexual secundária a AD.

Objetivos: Perceber quais os antidepressivos associados à disfunção sexual no idoso, com o intuito de ajudar na orientação dos doentes abrangidos por esta problemática.

Material e Métodos: Procura em motores de pesquisa especializados (*Medscape, PubMed e UptoDate*), utilizando as palavras-chave *sexual dysfunction, antidepressants e elderly*.

Resultados: Embora difícil definir a prevalência, a maioria dos estudos aponta para maior incidência destas queixas com o uso de psicofármacos do grupo dos SSRI e SNRI, com uma prevalência estimada de 27-65% das mulheres e 26-57% dos homens, nas primeiras semanas de tratamento. Os fármacos associados a menor disfunção sexual são os que levam a maior transmissão noradrenérgica e dopaminérgica neuronal, em detrimento da serotoninérgica, como agomelatina, bupropion, moclobemida, mirtazapina e vortioxetina.

Conclusão: Embora não exista uma abordagem “ideal”, em idosos com disfunção sexual, a escolha de um AD com menor probabilidade de agravar a disfunção, a diminuição da dose e a associação de tratamentos adjuvantes (inibidores da 5-fosfodiesterase, buspirona e AAS) poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida e prognóstico da depressão per si.

P 127

DE GOTA EM GOTA À LESÃO RENAL

Rita Marques dos Santos, Luís Infante, Daniel Leitão, Margarida Mano, Cláudia Alexandra Silva, Helena Duarte
USF Montemuro, Castro Daire, Viseu

Enquadramento: A Gota é uma artropatia microcristalina caracterizada por uma síndrome clínica resultante da reação inflamatória dos cristais de urato de sódio nos estados de hiperuricémia. Dos fatores de risco destacam-se: hiperuricémia, sexo masculino, insuficiência renal, hipertrigliceridémia, iatrogenia medicamentosa, entre outros. É mais frequente nos homens após os 40-50 anos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 75 anos, com antecedentes de gota medicada com alopurinol 300mg e colchicina 1mg, HTA e hipertrigliceridémia. Recorreu à consulta em fevereiro de 2016 por dor e úlcera no pé direito com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava tofos gotosos muito exuberantes nas mãos, punhos, cotovelos, ombros, tornozelos e pés. No bordo externo do pé direito destacava-se úlcera ativa, dolorosa e não infetada sobre tofo gotoso, tendo sido efetuados cuidados de penso e reforçada medicação oral com naproxeno. Durante o mês seguinte o doente recorreu repetidamente à consulta por dor não controlada, objetivando-se agravamento da úlcera e posterior infeção, tendo sido tentados diferentes ciclos de analgesia com eficácia limitada. No decorrer deste quadro, o doente desenvolveu uma lesão renal aguda, de provável etiologia iatrogénica.

Discussão: A gota é uma doença com elevada morbidade, que requer tratamento e vigilância apertados, com vista a prevenir o estabelecimento de um quadro crónico, caracterizado pela presença de tofos gotosos, artropatia gotosa e lesão renal.

Este caso demonstra a importância que o Médico de Família desempenha no acompanhamento dos seus doentes e no conhecimento abrangente das suas co-morbilidades de forma a melhorar prognósticos, prevenindo complicações.

P 128

QUANDO O ESQUECIMENTO É PARA SEMPRE

Vânia Gomes, Ângela Alves, Ana Silva, Joana Castanheira,
Pedro Coutinho
USF Santo António

Enquadramento: A Demência Vasculiar é a segunda causa de demência na Europa. Está associada ao envelhecimento constituindo um importante problema de saúde pública, com tendência a agravar-se. O seu diagnóstico é sugerido na presença de fatores de risco cerebrovascular, eventos cerebrovasculares prévios e sintomatologia demencial. Não existe tratamento, mas o controlo dos fatores de risco é essencial para impedir o agravamento da sintomatologia.

Caso clínico: A.J.S.C, 70 anos, sexo masculino, caucasiano, casado, reformado, pertencente a uma família nuclear na fase VII do Ciclo de Duvall. Sem antecedentes familiares de relevo e com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Recorreu à consulta acompanhado pela esposa que refere queixas mnésicas com 3 meses de evolução, desvalorizadas pelo doente. Ao exame objetivo apresentava atitude pueril, defeito cognitivo no Mini Exame do Estado Mental (pontuação 14) e no Teste do Relógio (pontuação 0), exame neurológico sumário normal e tensão arterial elevada. Foi solicitado estudo analítico sem alterações de relevo e TC Crânio-encefálica que revelou encefalopatia arteriosclerótica subcortical extensa, com critérios para demência vascular de pequenos vasos. Foi referenciado para Consulta de Neu-

rologia. Atualmente o doente mantém-se estável, tendo sido aumentada a dose de fármaco anti-hipertensos.

Discussão: A Demência Vascular é responsável por uma importante deterioração cognitiva e funcional, sendo relevante a sua distinção das alterações cognitivas associadas ao envelhecimento. Logo, o médico de família assume uma posição privilegiada no seu precoce diagnóstico e orientação, proporcionando um acompanhamento longitudinal ao doente e aos seus cuidadores.

P 129

HEMATÚRIA NO IDOSO. A MULTIPATOLOGIA E A IATROGENIA DIFICULTAM A INVESTIGAÇÃO CLÍNICA?

Carolina Venda, Rui Carmo, Arménio Ramos
Centro Hospitalar do Algarve (Faro), Unidade de Saúde Familiar Faro (Faro)

Introdução: O utente idoso é comumente portador de diversas patologias que condicionam o recurso a esquemas terapêuticos complexos. Neste caso clínico coexistem múltiplos fatores de risco, multipatologia e polifarmácia, o que poderia condicionar a investigação de um achado como a hematúria.

Caso clínico: Homem de 74 anos, reformado, ex-fumador (60 UMA). Dos antecedentes pessoais, destacam-se a fibrilhação auricular sob hipocoagulação com varfarina, hipertrofia benigna da próstata e nefrolitíase. Recorreu a consulta com queixas de hematúria macroscópica intermitente há cerca de 1 mês, sem outros sintomas. Na ecografia detetou-se apenas microlitíase renal bilateral, bexiga com baixo grau de repleção e próstata de dimensões aumentadas. Analiticamente destacou-se a diminuição de 2 gr na hemoglobina e INR dentro do intervalo terapêutico. A citologia urinária foi negativa. Por manutenção das queixas, e ecografia não tranquilizadora, repetiu-a, tendo a segunda revelado: bexiga com elevado grau de repleção, com imagem vegetante na parede posterior. Neste contexto foi referenciado para Urologia. A cistoscopia revelou lesão séssil na parede posterior. Foi submetido a RTU-v e a histologia revelou carcinoma urotelial de alto grau, não invasivo. Foi submetido a quimioterapia intravesical, e a última cistoscopia não detetou tumor intravesical.

Discussão: O médico de família perante a pessoa idosa, com multipatologia e polifarmácia tem de investigar os quadros clínicos, mantendo um adequado grau de suspeição, de forma a não prejudicar a investigação clínica. Apesar de ponderar a iatrogenia (varfarina) e a multipatologia (nefrolitíase ou HBP), como possível etiologia da hematúria, não deixa de ser necessário considerar e excluir a patologia neoplásica.

P 130

EVIDENCIA ATUAL RELATIVA AO RASTREIO DO CARCINOMA DA PRÓSTATA

Rosana Silva, Raquel Gomes, Isabel Sousa, Diana André
USF Afonso Henriques USF Terras de Lanhoso USF Viatodos

Introdução: O carcinoma da próstata é o mais frequente nos homens >50 anos, sendo a segunda causa de morte por cancro no homem. O seu rastreio tem gerado discussão em torno da razão efetividade/risco.

Objetivo: Avaliar a evidência atual relativa ao rastreio do carcinoma prostático.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica na base de dados *Pubmed*, com termos *meSH*: *prostate specific antigen; cancer, prostate and cancer screening*, com seleção de artigos de revisão publicados entre Outubro 2012 e Abril 2015. Foi consultada a revisão *The Cochrane Colla-*

boration 2013 relativa ao rastreio do carcinoma prostático e o tópico do *Update Screening for Prostate Cancer* 2016.

Resultados: Existem vários estudos mas diferentes no desenho e objetivos, sendo o *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian* e o *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer*, os ensaios clínicos randomizados com maior impacto. Destes, apenas o segundo evidenciou redução de mortalidade de 21% após 11 anos. Em termos absolutos este benefício é marginal (NNT1055, NNT37) e possivelmente à custa de um excesso de falsos positivos. Os resultados da Cochrane comparando cinco estudos não evidenciaram redução de mortalidade. No entanto, em países onde há rastreio esta diminuiu, contrariamente àqueles onde este não está implementado. As recomendações Americanas e Europeias são díspares. Apenas a *US Preventive Services Task Force* desaconselha o rastreio. Parece unânime a centralização do doente neste processo.

Discussão: Mantem-se as dúvidas relativas à redução da mortalidade e ao eventual benefício ser suplantado pelos riscos do sobrediagnóstico e sobretratamento. São necessários novos biomarcadores com maior especificidade e métodos que diferenciem neoplasias agressivas de indolentes.

P 131

DEPRESSÃO NO IDOSO

Ana Paula Cardoso, Ana Matos, Ana Sofia Pena, Mariana Anete Mira, Sara Machado, Susana Cordeiro Rita
USF Samora Correia, ACES Estuário do Tejo

Introdução e objetivos: A depressão em idade avançada é bastante prevalente e muitas vezes não detectada, tendo impacto adverso significativo em: qualidade de vida, co-morbilidades, uso dos cuidados de saúde e mortalidade.

Realiza-se esta revisão no sentido de alertar para esta patologia que cada vez é mais frequente na prática clínica.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados on-line (*MEDLINE, Pubmed e ScienceDirect*), com os termos *MeSH elderly, ate-life e depression*.

Resultados: Etiologia diversa (recorrência ou surgimento pela primeira vez) mas factores genéticos não têm tanta relevância como nos jovens.

Factores de risco: sexo feminino, isolamento social, viuvez/divórcio, baixo estatuto sócio-económico, co-morbilidades, dor não controlada, insónia e disfunção funcional ou cognitiva.

Para diagnóstico segundo o *DSM V* devem existir pelo menos cinco sintomas durante pelo menos duas semanas e representam uma mudança do funcionamento prévio do indivíduo. Um dos sintomas tem de ser obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia. Outros sintomas: perda ou aumento de peso, insónia ou hipersónia, agitação psicomotora ou lentificação, fadiga, sentimentos de culpa e de desvalorização, diminuição da capacidade de concentração e pensamentos suicidas.

Tratamento: podem beneficiar de psicoterapia e farmacoterapia (1ª linha: inibidores da recaptção da serotonina).

Conclusões: A depressão no idoso é muito frequente e não é consequência normal do envelhecimento.

Os sintomas diferem do adulto jovem, focando-se mais em sintomas físicos e menos em emocionais.

Importante ter em atenção a semelhança com quadro de demência, embora tenha instalação mais súbita.

Há estudos que demonstram aumento da mortalidade, não por suicídio mas por doenças orgânicas.



ENVELHECIMENTO E PERDA DE FUNCIONALIDADE MUSCULAR ESQUELÉTICA: CONSEQUÊNCIA DA DEGENERAÇÃO MUSCULAR INTRINSECA OU SECUNDÁRIA A ALTERAÇÕES NEURONAIS?

Pedro A Figueiredo^{1,2}, Hans J Appell³, José A Duarte²

¹USF São Julião, Figueira da Foz, ²CIAFEL, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, ³Departamento de Anatomia e Fisiologia, Universidade de Desporto de Colónia, Alemanha

Introdução: O envelhecimento é um processo biológico caracterizado pela deterioração das funções fisiológicas apresentando uma enorme variabilidade entre indivíduos com idades cronológicas semelhantes e entre os vários órgãos e sistemas do mesmo indivíduo. Relativamente às alterações neuromusculares, o envelhecimento associa-se a uma redução da função neuromuscular com eventual perda de independência e mobilidade.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre o processo de envelhecimento muscular esquelético e sua relação com alterações neuronais associadas à idade; Identificar estratégias de intervenção com o exercício físico em idosos.

Material e métodos: Pesquisa sistemática da literatura relacionada aos temas em análise nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *Medline*, utilizando as palavras-chave: *aging, skeletal muscle, neuronal degeneration, exercise*.

Resultados: As alterações morfológicas no músculo esquelético podem ser responsáveis pela perda de funcionalidade muscular nos idosos. Acima dos 60 anos de idade, o músculo-esquelético sofre um processo de desnervação e reinervação contínua. As alterações fenotípicas do músculo irão depender do padrão de recrutamento e de inervação das unidades motoras funcionantes. Considerando que os nervos periféricos, a junção neuromuscular e neurónios motores apresentam características degenerativas com a idade, a sarcopenia não parece desenvolver-se intrinsecamente à fibra muscular esquelética, mas será um efeito secundário da função neuronal deteriorada.

Discussão: Considerando o exposto, é recomendável que em Programas de Exercício e Qualidade de Vida em Idosos os profissionais de saúde considerem a prescrição de exercícios destinados ao desenvolvimento da componente cardiorespiratória, contudo é fundamental a introdução de actividades/tarefas que visem a melhoria das funções coordenativas, equilíbrio e força muscular.

SÍNDROME DE FRAGILIDADE NO IDOSO

Pedro A. Figueiredo^{1,2}, Maria Pacheco¹

¹USF São Julião - Figueira da Foz, ²CIAFEL, Faculdade de Desporto-Universidade do Porto

Introdução: O síndrome do idoso frágil é caracterizado por uma diminuição na reserva funcional com risco aumentado de eventos adversos, incluindo o restabelecimento difícil da doença, quedas, dependência, institucionalização, hospitalização e mortalidade.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre a síndrome de fragilidade no idoso, fisiopatologia e implicações clínicas.

Material e métodos: Pesquisa sistemática da literatura relacionada ao tema em análise nas bases de dados: *PubMed*, *Medline*, utilizando as palavras chave: *aging, frailty syndrome*.

Resultados: Embora associada à idade, invalidez e multi-patologia, a fragilidade é uma entidade distinta que reflecte a dissociação da idade biológica e cronológica. Na conceptualização do síndrome do idoso frágil, dois modelos têm sido descritos na literatura. O fenótipo

de fragilidade define-a como um síndrome distinto com três ou mais dos seguintes: fraqueza, lentidão, baixos níveis de actividade física, cansaço auto-percebido e perda de peso não intencional. O índice de fragilidade define-a como a existência de défices cumulativos identificados numa avaliação geriátrica global.

A sua etiologia é multifactorial, envolvendo uma desregulação fisiológica, sarcopenia, disfunção imune, estados pró-inflamatórios, anemia, desregulação hormonal anabólico vs. catabólico e resistência à insulina, défice de micro-nutrientes e aumento do stress oxidativo.

Discussão: A avaliação e estratificação do risco dos grupos vulneráveis pode ser efectuada em idosos numa base de intervenção comunitária ou em grupos mais específicos de doentes. Actualmente, o exercício físico e a intervenção multidisciplinar são essenciais na abordagem do síndrome de fragilidade no idoso. Mais estudos são necessários no sentido de definir alvos terapêuticos e outras intervenções benéficas para estes doentes.

PRESCRIÇÃO RACIONAL AINE'S NO IDOSO

Viktorii Khomenko-interna MGF 4 Jesus Prado Mediano-Orientador UCSP Baesuris, Altura

Introdução: Os anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) são um grupo variado de fármacos que têm em comum a capacidade de controlar a inflamação, de analgesia e de combater a hipertermia.

“Existe uso racional quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade.”

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)

(Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairobi, 1985)

Os critérios de Beers criados em 1991 nos Estados Unidos são os mais usados para identificar e evitar a prescrição de fármacos inapropriados. O painel de peritos selecionou por consenso uma lista de medicamentos considerados inapropriados para os doentes idosos, quer devido a ineficácia quer ao elevado risco de efeitos adversos. Este critério de Beers tem sido atualizado periodicamente. A revisão de 2015 pode ser consultada no sítio da *American Geriatrics Society*. Foram criadas três categorias de fármacos: os que devem ser evitados (p.e. barbitúricos, clorpromamida); aqueles que são potencialmente inapropriados em idosos com determinadas patologias; e aqueles que devem ser utilizados com precaução. De entre os fármacos considerados potencialmente inapropriados, os AINE são dos mais utilizados.

Os medicamentos devem ser tomados de acordo com:

- Necessidades clínicas
- Doses adequadas
- Periodicidade correta
- Custo/Eficácia

Os pilares da escolha de medicamentos: Eficácia; Segurança; Comodidade; Custo.

Medicamento: Qual ou quais? Doença: Características, Comorbilidades; Doente Características, Condicionantes.

Papel de cada indivíduo: Tomar os medicamentos conforme prescrição:

- Frequência prescrita (Ineficácia terapêutica)
- Dose recomendada (Ineficácia terapêutica)
- Horários adequados (influência das refeições)
- Duração necessária (Ex: antibióticos)

- Não fazer Autodiagnóstico/Automedicação?:
- Acesso à Informação (Internet)
- Relutância face a nova medicação
- Não tomar medicação com drogas e álcool
- Iniciar com a dose mais baixa e mais eficaz, com duração mais curta
- Ajustar a dose e a frequência em função das necessidades.
- Em doentes idosos ou com comorbidades, as doses devem ser as mais baixas e com intervalos mais longos entre tomas.

Efeitos adversos de AINE,s :

- Gastrites e ulcerações(exeptoselectios COX-2)
- Insuficiência renal aguda
- Bronco constrição
- Zumbido, vertigens e diminuição da acuidade auditiva

RISCO DE HEPATOTOXICIDADE E REAÇÕES ALÉRGICAS

Conclusão: A prescrição racional de medicamentos é um elemento fundamental num sistema de saúde de qualidade. Existem diferentes possibilidades de racionalizar a prescrição através da melhoria da qualidade da informação utilizada. Qualquer que seja a estratégia inerente a um programa de melhoria da qualidade da prescrição deve ter em consideração as características do grupo a que se destina. Só assim será possível competir com as restantes fontes de informação na atualização sistemática dos médicos, e assim assegurar que o melhor conhecimento disponível é não só disseminado, mas efetivamente implementado.

Referências bibliográficas:

I. Dias, Tese - O Contributo da Farmacovigilância para o Uso Racional do Medicamento e o Papel do Farmacêutico. Acompanhamento Farmacoterapêutico no Doente Idoso, Tese. Norma de DGS:Anti - inflamatórios naoesteroides. Inibidores COX – 2, nº 013/2011, Atualização: 13/02/2013

P 135

ABORDAGEM DA DEMÊNCIA NO IDOSO

Tatiana Pereira, Renata Almeida

USCP Figueira Foz Urbana USF São Julião

Introdução: A demência define-se como o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem obrigatoriamente um compromisso da memória recente e, pelo menos, uma perturbação cognitiva. Com o aumento da esperança média de vida, as demências estão a tornar-se gradualmente uma das patologias mais prevalentes, sendo a Doença de Alzheimer (DA) a sua causa mais comum no idoso. Tendo em conta a morbilidade inerente, torna-se imprescindível um correto e atempado diagnóstico, por forma a permitir um tratamento adequado.

Objetivo: Revisão da literatura existente sobre abordagem da Demência no Idoso, nomeadamente sobre o seu diagnóstico/terapêutica.

Materiais e métodos: Pesquisa sistemática na literatura de artigos científicos publicados recentemente, utilizando as palavras-chave: *Dementia, Elderly*.

Resultados: Cerca de 5 % dos indivíduos com mais de 65 anos sofrem de demência, definindo-se um perfil de incremento exponencial com a idade. Em Portugal a prevalência de demência encontrada é de 2,7% entre os 55 e 79 anos, sendo superior nos mais idosos. Cerca de 20% das demências são subdiagnosticadas e 18% são sobre-diagnosticadas em MGF.

Segundo os critérios de diagnóstico do *DSM –IV*, classificamos Demência como um síndrome clínico, com sintomas cognitivos e/ou neuropsiquiátricos que incluem apraxia, afasia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva, que devem representar um declínio a

partir do nível anterior da função, e serem grave o suficiente para interferir com a função diária e independência. O declínio cognitivo e/ou comportamental consiste num envolvimento de pelo menos 2 dos seguintes domínios: memória, linguagem, funções executivas, capacidade visuoespacial, alterações da personalidade ou comportamento.

O diagnóstico realiza-se com base na anamnese cuidada, exame físico e neurológico, avaliação do estado mental e da condição neuropsicológica recorrendo a diversos testes, bem como estudo analítico para excluir causas reversíveis. Outros exames auxiliares de diagnóstico poderão ser realizados se necessário uma investigação adicional. Quanto ao tratamento, é imprescindível iniciar atitudes preventivas alterando estilos de vida. Por outro lado, o apoio farmacológico revela-se um bom auxiliar para travar sintomas comportamentais nas demências, nomeadamente a depressão associada, agressividade ou agitação, alucinações, delírios ou até mesmo a insónia.

Discussão/Conclusão: Atendendo ao envelhecimento da população, as expectativas futuras são de aumento progressivo do número de casos de Demência.

Dada a sua vertente complexa, com alta morbilidade, várias vertentes sintomáticas (cognitiva, funcional e neuropsiquiátrica) e com um elevado impacto nos familiares e cuidadores, o diagnóstico, bem como uma intervenção precoce deverão ser levadas a cabo de uma forma multidimensional e multidisciplinar.

P 136

O VIAJANTE IDOSO E A VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA

Clara Ferreira, Rui Paulo Magalhães, Diana Fidalgo Pires

USF Covelo, UCSP Mirandela I, UCSP Feira Nova

Introdução: A febre amarela é uma doença vírica transmitida por mosquito, potencialmente fatal, não existindo tratamento específico. Na África subsariana e na América do Sul é endémica, sendo a vacina mandatória em vários países destas regiões. Mesmo países não endémicos podem exigir vacinação de viajantes provenientes de países com elevado risco. A vacina é viva-atenuada e na população idosa a vacinação é considerada contra-indicação relativa. Contudo, mesmo havendo contra-indicação médica, a entrada de viajantes não vacinados pode ser recusada.

Objetivos: Sensibilizar para reações adversas associadas à vacina contra a febre amarela nos idosos, não esquecendo o seu caráter mandatório.

Material/Métodos: Pesquisa na *Pubmed* e *websites* de referência em Medicina de Viagem (ex: CDC, WHO). Palavras-chave: *yellow fever, vaccine, elderly*.

Resultados: Reações adversas severas à vacinação são raras: hipersensibilidade, reações neurotrópicas (ex: meningoencefalite) e viscerotrópicas (proliferação viral pode desencadear falência multiorgânica, fatal em 60% dos casos). O risco de reações neuro e viscerotrópicas é de 0,8 e 0,4/100.000 doses, respetivamente, e 1,8 e 1,4/100.000 doses se idade ≥ 60 anos. Praticamente só foram documentadas na primovacinação. Em 2015 foi comunicado que uma dose fornece proteção provavelmente vitalícia, embora alguns países exijam revacinação a cada 10 anos.

Discussão/Conclusões: No aconselhamento pré-viagem deve-se verificar a existência de surtos e os requisitos de cada país, que podem mudar. Nos idosos deve-se ponderar o risco-benefício da vacinação contra a febre amarela. Apesar de eficaz, há maior frequência de reações adversas graves se idade ≥ 60 , podendo ser



prudente desaconselhar a viagem. Caso seja revacinação, não é preocupante.

P 137

DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE: QUAL O PAPEL DO MÉDICO?

Liliane A. Rocha, Ana Sofia Vitorino

USF S. Domingos de Gusmão; UCSP Parede, ACES Cascais

Introdução: A diretiva antecipada de vontade (DAV) é uma declaração feita por um cidadão mentalmente competente, em que esclarece que tipo de cuidados de saúde desejaria, numa situação futura, caso perdesse a capacidade de decisão. Inclui 2 modelos: Testamento Vital (TV) e Procurador de Cuidados de Saúde (PCS). Inúmeras vezes o médico é o primeiro interlocutor do utente para esclarecimento de dúvidas e para manifestar a sua vontade de o realizar. Assim, é essencial os profissionais de saúde conhecerem o seu papel neste processo e de que forma podem intervir.

Objetivos: Rever o papel do médico na DAV e como se processa a elaboração do TV.

Métodos: Pesquisa bibliográfica na Legislação e documentos de Instituições Organizacionais de Portugal com termos: DAV e TV.

Resultados: Em 2012 surgiu o Direito a Testamento Vital em Portugal com a publicação da Lei nº 25/2012, de 16 de Julho regulamentada pela Portaria nº 96/2014, de 5 de Maio. Em 1 de Julho de 2014 foi criado o RENTEV para que os médicos tenham acesso informático ao registo de todos os TV. Caso o médico colabore na elaboração, a sua identificação e assinatura poderão constar nas diretivas. A legislação assegura o direito aos profissionais de saúde de objecção de consciência neste procedimento. Cabe ao médico responsável pela prestação dos cuidados de saúde assegurar o cumprimento da DAV.

Conclusões: O médico tem um papel ativo em todo o processo de DAV, sendo relevante o seu conhecimento sobre o mesmo.

P 138

MENO(PAUSA)... MAS NÃO NA SEXUALIDADE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO!

Rita Cunha Ferreira¹, Paulo Jorge Santos²

¹USF Garcia de Orta, Porto, ²USF Aldoar, Porto

Introdução: Menopausa é o termo usado para designar o momento da última menstruação, após 12 meses de ausência do período menstrual. Está frequentemente associada a um conjunto de sinais e/ou sintomas característicos como irregularidades menstruais, calores, alterações do humor e também disfunção sexual, para a qual se chama a atenção por se tratar de uma perturbação esquecida mas clinicamente significativa, causa importante de sofrimento interpessoal e pessoal modelada na menopausa por fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Descrição do caso: Mulher, 61 anos, fase VIII ciclo de Duvall. Recorre à consulta aberta(CA) por quadro de lombalgia com 2 dias de evolução. Humor subdepressivo, EO sem achados e sinais de alarme, tendo sido prescrito AINE tópico. Recorre à CA após 3 dias com queixa de cefaleias inespecíficas, sem outros sintomas associados nem achados, tendo sido prescrito analgésico. Passado uma semana recorre novamente à CA por tosse e congestão nasal. Olhar triste e encovado, sem outras alterações ao EO. Dada a utilização recorrente dos serviços de saúde foi interrogada sobre preocupações adicionais, acabando por assumir estar muito apreensiva com o seu relacionamento conjugal, prejudicado pela sua falta de interesse para atividade sexual. Foi realizada uma abordagem psicológica e intervenção farmacológica com introdução de bupropiona

e estrogénio local.

Conclusão: Com o aumento progressivo da esperança de vida, cerca de 1/3 da vida global ocorre na menopausa, período crítico da vida de uma mulher onde diversas alterações biopsicossociais ocorrem. Cabe aos profissionais de saúde desmitificar os mitos associados à menopausa e tornar esse período uma ocasião oportuna para abordar a temática da sexualidade, fazendo uso de intervenções psicológicas e/ou farmacológicas quando necessário.

P 139

PAPEL DA NUTRIÇÃO E DA ALIMENTAÇÃO NA FRAGILIDADE DO IDOSO

¹Ana Sofia Vitorino, ²Liliane Rocha

¹UCSP Parede, ²USF São Domingos de Gusmão

Introdução: A Fragilidade do Idoso (FI) é uma síndrome geriátrica preditora de maior morbidade, incapacidade e mortalidade no idoso, estando associado a um baixo status nutricional. A importância da deteção do perfil nutricional (PN) e da prevenção da FI através de suplementação tem sido referida em vários estudos.

Objetivo: Rever a evidência entre PN e FI e como as alterações dietéticas podem melhorar o padrão de FI.

Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência de revisões e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (2007-2015) com os termos frailty, elderly, nutrition.

Resultados: Estudos mostram que défices de macro e micronutrientes têm sido associados à FI, como proteínas, carotenóides, vitaminas A, B6, B12, DHEA... Assim, uma dieta rica em proteínas pode estimular a produção de aminoácidos, aumentar a massa muscular e prevenir a FI. No entanto ainda não existe evidência do benefício da suplementação proteica. O défice de vitamina D também está relacionado com FI e é um fator preditor da morbidade, estando associado à sarcopenia, um dos componentes da FI. A sua suplementação pode aumentar a performance física e diminuir a morbidade. Estudos mostram que a dieta mediterrânica, pelas suas características, é um componente-chave para o envelhecimento saudável e atua como fator protetor da FI.

Conclusões: A evidência ainda não é consistente quanto à utilização de suplementação para prevenção da FI. Trabalhos futuros devem ser desenvolvidos para sua clarificação. No entanto, é consensual que a dieta mediterrânica é fundamental na prevenção de incapacidade relacionada com a idade.

P 140

RETIRADO

P 141

DISLIPIDÉMIA NO IDOSO: TRATAR OU NÃO TRATAR?

Mafalda Barrigas¹, Ângela Bento Pinto², Laura Gonçalves²,

Margarida Nunes¹, Oleh Yaremiy¹

¹USF Portus Alacer, ²USF Plátano

Introdução: A doença cardíaca coronária é a principal causa de morte em adultos idosos e a dislipidémia é um importante factor de risco. O envelhecimento está associado com uma elevação do colesterol total e LDL-colesterol.

Objetivos: Realizar uma revisão sistemática sobre o tratamento da dislipidémia no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos na base de dados *UpToDate* e *SciELO*, em inglês, nos últimos 10 anos, usando os termos *MeSH*:

dyslipidemia e *elderly*; Normas da Direcção Geral de Saúde.

Resultados: O risco relativo de mortalidade por hipercolesterolémia diminui com a idade, no entanto o risco absoluto aumenta. O benefício relativo dos hipolipemiantes em idosos é semelhante ao de adultos mais jovens, no entanto o benefício absoluto é superior nos idosos. Particularmente na prevenção secundária, os benefícios absolutos são grandes o suficiente para que muitos idosos com coronariopatia beneficiem desta terapêutica. Os idosos com uma expectativa de vida razoável também podem beneficiar do uso de hipolipemiantes na prevenção primária. Os efeitos adversos desta terapêutica são idênticos aos experimentados pelos mais jovens. A redução de eventos cardiovasculares com os hipolipemiantes pode ocorrer rapidamente, dentro de semanas a meses, e assim, mesmo em doentes mais velhos, pode ser esperado uma redução de eventos cardiovasculares durante o seu tempo de vida estimado. Causas secundárias de dislipidémia como hipotireoidismo, diabetes, síndrome nefrótica e efeitos de alguns fármacos, devem ser considerados, particularmente, em idosos.

Conclusão: A decisão de tratar ou não a hipercolesterolémia no adulto idoso deve ser individualizada, baseada na sua idade cronológica e fisiológica.

P 142

ANEMIA NO IDOSO

Mafalda Barrigas¹, Ângela Bento Pinto², Laura Gonçalves², Margarida Nunes¹, Oleh Yaremy¹
¹USF Portus Alacer, ²USF Plátano

Introdução: A anemia está presente em 10,2% das mulheres e 11% dos homens idosos. Nos idosos residentes em lares, o risco de anemia está aumentado, sendo superior nos hospitalizados.

Objetivo: Realizar uma revisão sobre anemia no idoso: critérios de diagnóstico, etiologia e tratamento.

Material e métodos: Pesquisa de artigos na base de dados *UpToDate*, em inglês, nos últimos 10 anos, usando os termos *anemia* e *elderly*. Normas da Direcção Geral de Saúde.

Resultados: Os critérios de anemia no idoso são de hemoglobinas 13,2 e 12,2g/dL para o homem e mulher de raça caucasiana, e de 12,7 e 11,5g/dL para o homem e mulher de raça negra. A anemia no idoso tem habitualmente valores superiores a 10g/dL. Causa limitação da mobilidade e performance cognitiva; aumento da fragilidade, fraqueza muscular e quedas; bem como, aumento da mortalidade. É importante a avaliação do estado nutricional, abuso do álcool e causas de redução da absorção de cobalamina. As principais causas são: défices nutricionais; infeção, inflamação ou neoplasia subjacente; síndrome mielodisplásico; doença renal; abuso do álcool e hipotireoidismo. O tratamento passa pela deteção e correção das causas tratáveis, se a esperança de vida é superior a 1 ano. A anemia de causa não explicada, moderada e assintomática, não deve ser tratada; já a anemia inexplicável e sintomática poderá beneficiar de transfusão sanguínea ou agentes estimuladores da eritropoiese.

Conclusão: A anemia nos idosos é frequente e tem um impacto significativo na qualidade de vida, declínio funcional e mortalidade, logo a sua investigação e tratamento são recomendados.

P 143

INFEÇÕES NO IDOSO

Laura Magalhães Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹, Mafalda Barrigas², Margarida Nunes², Oleh Yaremy²
¹USF Plátano, ²USF Portus Alacer - Centro de Saúde de Portalegre.

Introdução: As características fisiológicas do idoso permitem que as infeções se manifestem, frequentemente, de forma peculiar, permitindo o seu conhecimento uma melhor abordagem e tratamento que se repercutirá na diminuição da mortalidade e no aumento da qualidade de vida.

Objetivos: Proporcionar conhecimentos atualizados sobre os fatores que favorecem a presença de infeções no idoso, descrever as mais prevalentes e as principais medidas profiláticas existentes.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey* e *UpToDate*, de artigos publicados entre 2010 e 2016, em Português e Inglês, utilizando os termos *MeSH*: infeções no idoso e *infection in elderly*.

Resultados: No idoso a apresentação clínica das infeções é frequentemente atípica podendo causar atraso no diagnóstico e tratamento agravando o pronóstico sobretudo nos mais frágeis.

A suspeita de uma síndrome inflamatória orientada pela história clínica e exame objetivo seguidos da rápida realização de exames complementares, permitem confirmar a hipótese infecciosa. O tratamento será adaptado ao estado geral e aos resultados dos estudos bacteriológicos que devem efetuar-se sempre que seja possível, dada a grande prevalência de infeções por bactérias multirresistentes. Requerem especial atenção sepsis, bacteremia, pneumonias, urinárias, SNC, endocardite infecciosa, protésicas, cutâneas, gastrointestinal, *HIV* e febre sem foco. A sua prevenção é fundamental para reduzir a morbi-mortalidade, assumindo enorme importância a vacinação antigripal e anti-pneumocócica.

Conclusão: No idoso o risco de infeção é muito elevado e ainda que a sua apresentação seja atípica é possível, se atuarmos com diligência, diminuir a morbi-mortalidade causadas por estas patologias.

P 144

EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO

Laura Magalhães Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹, Mafalda Barrigas², Margarida Nunes², Oleh Yaremy²
¹USF Plátano, ²USF Portus Alacer - Centro de Saúde de Portalegre

Introdução: A prática de exercício físico é fundamental para atenuar os efeitos degenerativos do envelhecimento nos domínios físico, social e mental, e promover a independência funcional e autonomia.

Objetivos: Proporcionar conhecimentos atualizados sobre os benefícios do exercício físico no idoso e disponibilizar recomendações específicas para fomentar a prática de exercício físico.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *ClinicalKey*, *UpToDate* e *Scielo*, de artigos publicados entre 2010 e 2016, em Português, Inglês e Espanhol, utilizando os termos *MeSH*: benefícios do exercício físico no idoso, *exercise in elderly* e *ejercicio en el anciano*.

Resultados: A prática de exercício físico no idoso promove a força e a flexibilidade, reduzindo o risco de doença cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, osteoporose, cancro do cólon e da mama, ansiedade, depressão e défice cognitivo. Aquando da prática de exercício verifica-se uma melhoria da dor crónica, obstipação e distúrbios do sono. A prescrição de exercício físico deve ser sistemática, individualizada e adequada às necessidades e preferências do idoso. Recomendam-se exercícios de flexibilidade, de fortalecimento muscular e de equilíbrio.



A estratégia motivacional inicial deve enfatizar os benefícios individuais e o plano deve conter objetivos alcançáveis a curto, médio e longo prazo. Deve ter-se em conta que a prática de exercício físico poderá ser interrompida por motivos de doença ou outros, devendo ser retomada logo que possível.

Conclusão: Nunca é tarde para se tornar fisicamente ativo e sendo esta uma experiência necessária e fulcral na vida do idoso, torna-se fundamental fomentar esta prática.

P 145

SÍNCOPE NO IDOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Catarina Emídio, Gonçalo Mendes, João Tavares, Carlos Carvalho
Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo

Síncope é a perda transitória da consciência e do tónus postural com recuperação espontânea num curto espaço de tempo. Dados da Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) estimam que 3% das admissões no serviço de urgência (SU) e 2-6% das admissões hospitalares são devido a síncope. 80% dos doentes têm pelo menos 65 anos, estando associada a elevada morbidade e mortalidade. Classifica-se em 3 categorias: neurogénica, cardiogénica e por hipotensão ortostática. A aplicação do algoritmo da SEC à população geriátrica revelou uma menor incidência de síncope de origem inexplicada e mostrou que as causas não cardíacas são as mais frequentes. Pelo seu carácter recorrente, o diagnóstico etiológico é essencial para a prevenção de novos episódios.

Para ilustrar a importância do reconhecimento das diversas causas de síncope no idoso, os autores apresentam o caso de um homem de 86 anos com antecedentes pessoais de epilepsia, bradi-fibrilhação auricular, estenose aórtica grave e estenose carotídea bilateral, que recorreu várias vezes ao SU por síncope. Realizou TC craneo-encefálica e ECG que não mostraram alterações. Assumiu-se o diagnóstico de epilepsia e teve alta com terapêutica dirigida. Recorreu ao SU por repetição do quadro clínico. O ECG mostrou bloqueio aurículo-ventricular completo com pausa de 8 segundos que condicionou episódio de Stokes-Adams. Foi referenciado a Cardiologia e colocou pacemaker.

O diagnóstico de síncope no idoso constitui um desafio que se reveste de especial importância pelo impacto na qualidade de vida. A utilização de algoritmos adequados à população idosa poderá contribuir para o correcto diagnóstico e prevenção da recorrência.

P 146

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E DA FAMÍLIA NA TOMADA DE DECISÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

Pedro Barbosa, Guilherme Moreira, Lúgia Sousa
USF Maresia, ULS Matosinhos USF Ralalde, ACES Porto Ocidental

Enquadramento: O Divertículo de Zenker (DZ) apresenta-se tipicamente na população mais velha e caracteriza-se por disfagia progressiva. Grande parte dos casos não é diagnosticada por corresponderem a DZ de pequenas dimensões, com pouca sintomatologia. A condição de vulnerabilidade do idoso gera medos a novos diagnósticos e tratamentos, que poderão dissimular o caso, dificultando a abordagem. O Médico de Família (MF) possui um papel preponderante na capacitação dos mesmos para realizarem uma escolha ponderada.

Caso clínico: Sexo masculino, caucasiano, 87 anos, reformado, casado. Apresenta múltipla patologia crónica sob vigilância médica não

relevante para este diagnóstico e é cuidador de esposa idosa, dependente e com Doença Bipolar grave. A 27/7/15 apresenta quadro de pirose e disfagia mista com vários meses de evolução, tendo iniciado prova terapêutica com Omeprazol 20mg, sem melhoria. Realizou a 29/10/15 uma cinetorradiografia baritada que identificou DZ com 8,5cm de maior diâmetro. Apesar do desenvolvimento de caquexia, recusou-se a vir a consulta por medo de cirurgia. A 26/2/16, após pressão familiar, vem a consulta e é encaminhado Cirurgia Geral.

Discussão: O MF é o principal advogado de saúde do utente e um importante elemento na capacitação do mesmo. No caso presente, o medo associado às escolhas terapêuticas, nomeadamente cirurgia, condicionou a progressiva deterioração do estado de saúde e qualidade de vida do doente, com impacto na dinâmica familiar. A tomada de decisão é um processo laborioso, no qual o MF é um importante aliado. Contudo, o contexto sociofamiliar também é um elemento preponderante nesta balança, como se pode verificar.

P 147

ABORDAGEM DO DELIRIUM NO IDOSO

Renata Almeida, Tatiana Pereira, Sara Baptista, Ana Sofia Bento
USF São Julião, UCSP Figueira da Foz Urbana, USF São Julião, USF São Julião

Introdução: O Delirium é definido como síndrome mental orgânica flutuante de início agudo. A prevalência deste na comunidade é de 1-2%, mas aumenta com a idade, atingindo 14% dos idosos com mais de 85 anos.

Objetivos: Rever literatura existente sobre o diagnóstico/terapêutica do Delirium no Idoso;

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

Resultados: Verifica-se inconsistência nos resultados apresentados relativos aos factores de risco para delirium, porém a idade, existência de défices cognitivos e a utilização de fármacos com actividade psicoactiva apresentam maior evidência.

Segundo a *DSM-V* no diagnóstico de delirium requerem-se 4 critérios: perturbação da atenção/orientação relativamente ao meio ambiente; perturbação desenvolvida num período de horas a alguns dias, representa uma alteração aguda relativamente ao estado basal e a gravidade tende a flutuar ao longo do dia; uma mudança num domínio cognitivo adicional que não é explicada por outra patologia neurocognitiva e as alterações no 1º e 3º critérios não devem ocorrer se nível de consciência muito reduzido.

A prevenção é fulcral, já que o tratamento não se encontra ainda estabelecido, inclui medidas não-farmacológicas, controlo da dor e sedação ligeira. Apesar da ausência de evidência científica, o haloperidol continua a ser o fármaco mais usado no tratamento do delirium, sendo as benzodiazepinas a 1ª linha no caso de abstinência de álcool/drogas.

Discussão: Muitas vezes o delirium não é diagnosticado pelos profissionais de saúde, devido às suas características flutuantes, à frequente sobreposição com a demência e má avaliação cognitiva, pelo que os profissionais assumem um papel preponderante no seu diagnóstico, de modo a diminuir a morbi-mortalidade destes doentes.

EDEMA INSULÍNICO

Cláudia Sofia Ramos, Sara Veiga, Edite Spencer, Margarida Brito Rosa
UCSP de Beja

Introdução: O edema insulínico é a entidade rara, originalmente descrita por Leifer, que se define pela aparição de edema de origem desconhecido num doente com Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 ou 2 insulinotratado, independentemente da faixa etária, ainda que seja incomum na idade pediátrica.

É mais frequente nos doentes diagnosticados de novo com diabetes ou nos diabéticos mal controlados após a instituição de terapêutica intensiva com insulina. Ainda que na maioria das vezes seja uma situação autolimitada, já foram descritos casos de insuficiência cardíaca e edema pulmonar.

Palavras-chave: edema insulínico, diabetes mellitus, insulinoterapia.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma doente de 69 anos de idade, caucasiana, reformada, parcialmente dependente nas AVD, residente em Beja, diabética e sem outros antecedentes pessoais de relevo. Exibia mau controlo diabético, pelo que, em 2006 à prescrição com anti-diabéticos orais se acrescenta insulina. No entanto, a doente não cumpria o esquema de insulina, abandonando a terapêutica e, consequentemente, continuou a apresentar hiperglicemias e valores de HbA1c elevados (valor máximo registado 15,7% em 2013).

Em 2015, após internamento no serviço de medicina por pneumonia e descompensação diabética (encontrava-se medicada com gliclazida e sitagliptina), reiniciou insulinoterapia (Novomix – 3x /dia). A doente recorreu ao seu Médico de Família (MF) 15 dias após início de insulina objetivando-se aumento ponderal de 7.5 kg e anasarca. Ao exame objetivo verificavam-se fervores subcrepitanes na auscultação pulmonar e edemas duros das pernas de grau IV. A doente foi referenciada para o serviço de urgência onde realizou radiografia de tórax, que mostrava estase bilateral e cardiomegalia, e análises que mostravam valor de ProBNP elevado (385 pg/mL); pelo que se assumiu diagnóstico de insuficiência cardíaca. A doente recebeu alta medicada com furosemida 40mg, com indicação para seguimento no MF. Quatro dias depois, volta ao MF onde foi pedido com urgência ECG e ecocardiograma que não revelaram alterações significativas. Ainda, o estudo vascular arterial dos membros inferiores revelou algumas placas de ateroma mas sem repercussão hemodinâmica.

Excluindo-se causa cardíaca, renal, vascular ou tiroideia assume-se que a causa do edema se deve à instauração de insulina numa doente mal controlada. A doente foi medicada com furosemida 1cp em jejum e ½ lanche e espironolactona 1 cp ao pequeno-almoço observando-se resolução clínica do edema após 3 semanas.

Conclusão: Aquando do tratamento de um doente diabético é importante não subestimar o aumento de peso ou o aparecimento de edema insulínico após introdução de insulinoterapia ou após aumento da dose de insulina administrada, especialmente nos doentes diabéticos mal controlados.

O edema é benigno e desaparece passadas duas a três semanas, no entanto, é necessário fazer o diagnóstico diferencial desta entidade com outras causas de edema, como edema secundário a falha renal, cardíaca ou hepática.

PERTURBAÇÕES COGNITIVAS: COMO E QUANDO ABORDAR?

Rita Cunha Ferreira¹, Paulo Jorge Santos²

¹USF Garcia de Orta, ²USF Aldoar

Introdução: As perturbações da cognição constituem uma queixa frequente nos cuidados de saúde. Estes défices podem traduzir deterioração ao nível da função executiva, linguagem e coordenação motora, definindo um quadro demencial quando suficientemente graves para terem repercussão funcional e social.

Objetivos: Sistematizar a abordagem e o diagnóstico do paciente com suspeita de demência.

Material e métodos: Revisão bibliográfica nas bases de dados *Mdline* e *Pubmed*, com artigos publicados nos últimos 10 anos em língua inglesa e portuguesa, utilizando as palavras-chave *dementia, management, diagnosis*.

Resultados: O diagnóstico de demência é fundamentalmente clínico. A história clínica deve ser minuciosa, tendo em consideração a data de início, a afetação dos domínios cognitivos, o padrão de progressão, o impacto nas AVDs, os antecedentes pessoais, a história familiar e o nível educacional. A avaliação cognitiva com o *Mini-Mental State Examination* ou com o teste *Montreal Cognitive Assessment* é fundamental, assim como a avaliação comportamental com o uso da *Geriatric Depression Scale*. O exame físico e neurológico é direcionado para exclusão de défices motores, sensitivos, marcha e coordenação motora. Os exames auxiliares de diagnóstico são requisitados para exclusão de patologias demenciais secundárias, potencialmente reversíveis, para as quais para além do estudo analítico e eventual TAC Cerebral, também a reavaliação da medicação e a procura de sintomas depressivos e causas infecciosas/síndrome confusional assumem um papel de relevo.

Conclusão: Qualquer queixa do tipo cognitivo deve merecer atenção por parte do profissional de saúde, podendo este défice ainda ligeiro ser um forte preditor de um caminho inexorável para a demência. É assim essencial a normalização da abordagem clínica inicial das queixas cognitivas.

ABORDAGEM DO HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO NO IDOSO

Rita Cunha Ferreira¹, Paulo Jorge Santos²

¹USF Garcia de Orta, ²USF Aldoar

Introdução: O hipotiroidismo subclínico (HSC) é uma patologia comum no idoso, sendo as orientações relativas ao seu tratamento ainda controversas.

Objetivos: Rever a bibliografia existente sobre hipotiroidismo subclínico no idoso, estabelecendo linhas orientadoras adequadas à sua abordagem terapêutica.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados e guidelines internacionais. Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica utilizando os termos: *subclinical hypothyroidism AND elderly*. Foram incluídos artigos em língua inglesa e portuguesa até fevereiro de 2014. Para avaliação do grau de evidência foi utilizada a classificação de Oxford.

Resultados: Na bibliografia analisada identificaram-se diferentes estratégias terapêuticas. Na maioria dos estudos, o tratamento com levotiroxina revelou ser benéfico para o indivíduo com TSH 10 mIU/L. No que respeita ao HSC com valores de TSH <10 mIU/L, a situação é discutível. Segundo alguns estudos, parece existir um efeito protetor do HSC no idoso. De referir também que grande parte destes



pacientes apresenta retorno aos níveis normais sem necessidade de terapêutica. Excetuam-se, no entanto, determinadas situações cujo tratamento está recomendado: indivíduos com insuficiência cardíaca; dislipidemia; risco cardiovascular elevado; alterações sugestivas de etiologia autoimune; elevação persistente/progressiva da TSH; ou perante sintomas associados (este último ainda controverso). Estudos sobre qualidade de vida e função cognitiva em idosos com HSC não demonstraram diferença significativa nos indivíduos tratados. De considerar ainda os riscos inerentes à sobredosagem de levotiroxina, pelo maior risco de fibrilhação auricular e osteoporose.

Discussão: O tratamento com levotiroxina está recomendado no idoso com HSC e níveis séricos de TSH 10 mU/L. Nos restantes casos não está indicado tratamento de rotina, ressaltando-se apenas alguns subgrupos especiais, nos quais a terapêutica de reposição poderá ser igualmente benéfica. A abordagem do HSC permanece ainda controversa, na dependência da escassa evidência disponível e mediante julgamento clínico individual.

P 151 RETIRADO

P 152 ABUSO DO IDOSO: BARREIRAS E SOLUÇÕES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Mafalda Ferreira, César Lares dos Santos, Duarte Nuno Vieira
Trabalho realizado no âmbito do trabalho final de curso. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Os profissionais dos cuidados de saúde primários encontram-se numa posição privilegiada para identificarem e orientarem casos de maus-tratos de idosos. Neste estudo investigou-se o enquadramento destes profissionais nesta matéria. Para isso elaborou-se um questionário posteriormente aplicado a médicos e enfermeiros de 12 Unidades de Saúde de Coimbra que abordou: aspetos demográficos, perceção do abuso, estratégias de atuação, experiência pessoal e formação nesta área.

A taxa global de resposta foi de 67,9% (n=127). Dos resultados destacam-se: um contacto substancial entre os profissionais e a população idosa; a maioria dos profissionais consideram o abuso mais prevalente em contexto familiar e 32,3% indicaram a negligência como a forma mais frequente; 97,6% considera-se importante na deteção de casos; a incerteza no diagnóstico foi um dos principais fatores limitadores da denúncia; 87,4% destes profissionais sentise-ia mais confortável com protocolos de atuação e em 70,9% dos casos esta problemática não foi abordada durante a formação básica. O contacto significativo entre a população idosa e estes profissionais propicia o diagnóstico e intervenção precoces. Apesar dos profissionais revelarem conhecimentos sobre o tema em linha com os indicados noutros estudos, é aceite que a subsistência de dúvidas relativamente à melhor forma para gerir estes casos poderia ser colmatada pela definição de protocolos de atuação e formação específica.

Existe uma consciencialização dos profissionais de saúde sobre a relevância do problema e sobre o papel a desempenhar na prevenção e diagnóstico do abuso. Considera-se necessária uma abordagem do tema durante a formação profissional associada ao desenvolvimento de normas de orientação clínica.

P 153 O LUTO E A DEPRESSÃO MAJOR NO IDOSO Ana Catarina Guimarães, Nuno Santos, Tahydi Valle USF + Carandá

Introdução: O luto é um processo universal, complexo e de adaptação a uma realidade que, sem o nosso consentimento, foi alterada. Nos idosos, o luto aumenta o risco de perda de peso, défices nutricionais, e de incidência de doença e de mortalidade. De facto, os idosos têm maior risco de desenvolver luto patológico comparativamente aos adultos mais jovens. Estudos indicam que 30% a 50% dos idosos neste processo procuram apoio no seu médico de família, colocando-os numa posição privilegiada durante esta fase.

Objetivos: Distinção do processo de luto e da depressão major, para que os pacientes beneficiem de uma abordagem mais adequada.

Material e métodos: Pesquisa na base de dados *Medline/Pubmed*; consulta de livros de referência.

Resultados: Dentro das várias doenças mentais que podem estar relacionadas com o luto, a depressão major é das mais comuns. Até 2013, o diagnóstico de depressão major não poderia ser feito a menos que os sintomas estivessem presentes 2 meses após a perda. Com a 5ª edição do "Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais" da *American Psychiatric Association*, é permitido o diagnóstico 2 semanas após uma morte. A depressão major distingue-se do luto na presença de: sentimentos de culpa acerca das ações que poderiam ou não ter sido tomadas pelo sobrevivente no momento da morte; ideias de morte relativas ao sentimento de que seria melhor estar morto ou ter morrido com o outro; preocupação mórbida com ideias de desvalorização; acentuada identificação psicomotora; défice funcional acentuado e prolongado; experiências alucinatórias que não sejam pensar que ouve ou vê a pessoa falecida de modo fugaz. Por outro lado, no luto, o humor depressivo não é persistente, sendo frequentemente interrompido por memórias positivas sobre o ente querido; a auto-estima está preservada e a presença de ideação suicida está focada no falecido e na visão de reencontro com o mesmo.

Conclusões: É crucial que o profissional de saúde seja capaz de distinguir o episódio de depressão major, do luto considerado "normal". A alteração dos critérios de diagnóstico de depressão major durante o luto, previne que se negligencie esta perturbação durante este processo, no entanto, pode igualmente levar ao sobrediagnóstico e sobretratamento.

P 154 SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAS DA BEIRA INTERIOR

Luiz Miguel Santiago, José Augusto Simões,
Catarina Ramos Rodrigues
FCS-UBI

Introdução: A melhoria dos cuidados de saúde resulta numa maior longevidade dos doentes que sofrem de doenças crónicas incapacitantes, o que conduz a um aumento das necessidades de apoio. Esta realidade acarreta grandes consequências para o cuidador, cuja atividade implica uma significativa sobrecarga. ?então necessário desenvolver medidas de apoio que considerem a promoção da sua qualidade de vida.

Objetivo: Estudar a sobrecarga do cuidador informal de doentes dependentes relacionando a mesma com a sua qualidade de vida.

Métodos: Realizou-se um trabalho transversal e exploratório baseado

numa amostra de conveniência e de tamanho epidemiológico estatisticamente significativo. Aplicou-se um questionário com um estudo sociodemográfico para caracterizar o cuidador informal e o contexto da prestação de cuidados. Foram ainda aplicados instrumentos para conhecimento do grau de sobrecarga e da qualidade de vida dos prestadores de cuidados a doentes dependentes: *Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI)* para identificar o grau de sobrecarga dos cuidadores e *WhoQoL*, para avaliar a Qualidade de Vida.

Resultados: A interpretação dos resultados permite concluir que existe uma correlação inversa estatisticamente significativa entre o CADI e o *WhoQoL*, apresentando valores de ρ de $\rho = -0,541$ e $p = 0,001$. Através desta correlação podemos constatar que os cuidadores informais que estão expostos a uma elevada sobrecarga nas várias dimensões da sua vida têm uma pior qualidade de vida, sendo estes dois parâmetros inversamente proporcionais.

Conclusão: Com este estudo pode-se concluir que, de fato, os cuidadores informais surgem associados a uma pior qualidade de vida. Este parâmetro surge inversamente proporcional à sobrecarga e às dificuldades a que cada cuidador se encontra exposto.

P 155

A COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE COMO BENEFÍCIO PARA O DOENTE E PARA A DECISÃO MÉDICA

Mário José Faria Martins Gomes

USF Faria Guimarães

Introdução: A comunicação é o núcleo da habilidade clínica para a prática de medicina. Do mesmo modo que o século XX foi a era da tecnologia, tudo leva a crer que o século XXI seja a era da comunicação. Hoje em dia, o papel crucial da relação médico-doente e a comunicação eficaz que lhe está subjacente têm tido destaque, bem como os conceitos de autonomia do paciente, a tomada de decisão partilhada, o cuidado centrado no doente e ainda a empatia do médico.

Objetivos: Realçar e entender a importância da relação médico-doente como fator fundamental à boa prática médica.

Métodos: Pesquisa no Pubmed sobre a relação médico-doente, a comunicação entre o médico e o doente, a empatia e a tomada de decisão partilhada.

Resultados: Uma boa relação médico-doente proporciona uma maior satisfação do doente com o tratamento, aumenta a sua adesão e melhora os resultados. A maioria das queixas dos doentes sobre os médicos está relacionada com problemas de comunicação e não com as competências clínicas.

Conclusões: Os médicos devem privilegiar os sentimentos e valores dos doentes e dos seus familiares, estimulando-os para a toma de decisões em conjunto. O médico deve fazer a promoção da saúde e a prevenção da doença, considerando o doente na sua integridade física, psíquica e social e não somente do ponto de vista biológico. Dar ouvidos ao doente é a peça fundamental na construção de uma boa relação.

P 156

CUIDADOS PALIATIVOS E O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Marisa Braga da Cruz, Rui Nunes

Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Atualmente, assistimos ao declínio das doenças agudas e ao aparecimento das doenças crónico-degenerativas.

Em Portugal, o efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da

natalidade tem-se traduzido no envelhecimento da população. O envelhecimento da população criará a médio prazo uma nova dinâmica de recrutamento em diversos setores, entre os quais a saúde.

Com aumento da esperança de vida, os cuidados ao doente crónico tornaram-se numa área importante no contexto dos serviços de saúde, dado que estes, devem passar a estar cada vez mais voltados para a necessidade de oferecer cuidados paliativos, ao invés de curativos. A racionalização dos recursos deve ser um objetivo de modo a que o desperdício seja mínimo.

O modelo de cuidados paliativos em vigor, deixa de responder às necessidades prementes. O que fazer para nos adaptarmos às mudanças provocadas pelas alterações demográficas e pela inovação? Que modelos deveremos adotar, para uma melhor otimização dos recursos em cuidados paliativos?

Efetou-se uma revisão bibliográfica, de artigos que comparassem as principais diferenças entre os cuidados domiciliários e hospitalares. Portugal tem um modelo de Cuidados Paliativos multissetorial à luz do que acontece em países de referência, no entanto será necessária uma melhor racionalização dos recursos, de modo a garantir uma otimização na distribuição dos doentes. Concluímos também que existe um desfasamento entre a vontade do doente e o que é preconizado. Para respeitar as preferências individuais do doente é necessário desenvolver serviços de cuidados paliativos domiciliários com qualidade, apostando na formação e no alargamento das equipas no terreno.

P 157

QUEDA NO IDOSO - É SEMPRE PARA INVESTIGAR!

Joana Amaral Tavares, Ângela Ferreira, Rui Nogueira

UCSP Norton de Matos

Enquadramento: As quedas são um dos principais problemas em idade geriátrica, constituindo uma importante causa de dependência. Nos indivíduos com idade superior a 65 anos, cerca de 35 a 45% apresenta uma queda no último ano.

Caso clínico: Género feminino, 84 anos, ciclo Duvall fase VIII, Escala Graffar classe média. Problemas ativos: HTA, dislipidemia, valvulopatia. MH: Lisinopril 20 mg id, Furosemida 40 mg id, Sinvastatina 20 mg id. Sem hábitos ou antecedentes familiares de relevo.

No dia 14/09/2015, informação clínica do S.U.: "queda no domicílio, com traumatismo craniano fechado, no contexto de desequilíbrio. Fez limpeza e desinfeção da ferida". Carta hospitalar sem registo de sinais vitais. É proposta visita domiciliar, onde utente mantém queixas de tonturas. EO: COC; equimoses na região dorsal em relação com queda, ferida em fase de cicatrização na região parieto-occipital esquerda, AC: rítmica sem sopros, bradicardia acentuada; TA 170/90 mmHg, FC 35 bpm; ENS sem alterações. Referenciação ao S.U. para observação por cardiologia.

No dia 18/09/2015, informação clínica hospitalar: "internamento por BAV 2:1 com bloqueio completo de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo. Implantação de pacemaker a 15/09/2015. Seguimento em consulta de pacing."

No dia 06/10/2015, consulta de RCV. A utente apresenta-se sem queixas e hemodinamicamente estável.

Discussão: Perante uma bradicardia sintomática, o pacemaker temporário ou permanente é atualmente a terapêutica de primeira linha. Tendo em conta a sua frequência e consequências, as quedas constituem um grave problema de saúde, devendo ser sempre realizada uma história clínica completa no sentido de esclarecer a sua etiologia



AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE OSTEODENSITOMETRIA EM MULHERES COM 65 ANOS EM TRÊS UNIDADE DE SAÚDE DA ARS NORTE

Susana Reis, Sara Magalhães, Joana Magalhães, Rogério Marques
USF Ponte, UCSP Miranda do Douro, USF Íris

Introdução: A osteoporose é a patologia do osso mais frequente e ocorre quando há alteração do balanço da remodelação óssea. É mais frequente nas mulheres caucasianas e a sua prevalência tem um comportamento proporcional ao envelhecimento da população. As fraturas são a complicação major da osteoporose. Na prática clínica o diagnóstico da OP baseia-se na avaliação da densidade mineral óssea através de osteodensitometria.

Objetivo: Avaliar a proporção de mulheres nascidas após outubro de 1945 com avaliação da DMO por osteodensitometria, segundo recomendação da NOC 001/2010.

Metodologia: Estudo Observacional retrospectivo, realizado nas unidades de saúde familiar dos investigadores a todas as mulheres inscritas com idade compreendida entre [65-71] anos e com pelo menos uma consulta de vigilância.

Resultados: Das 389 utentes seleccionadas, apenas 62 (15,9%) tinham osteodensitometria registada no SClinico® e dessas, 20 eram apresentavam resultado normal, 25 relatavam osteopenia e 17 tinham o diagnóstico de osteoporose. Verificamos que 44 mulheres estavam a realizar tratamento para a osteoporose, sendo que 10 tinham osteodensitometria com diagnóstico de osteopenia, 14 com diagnóstico de osteoporose, 2 com osteodensitometria normal e 18 não tinham osteodensitometria registada.

Discussão: Ainda muitas mulheres com idade igual ou superior a 65 anos não realizaram osteodensitometria, de acordo com as recomendações da Direção Geral de Saúde, talvez devido aos custos inerentes ao exame ou pelo desconhecimento da norma orientativa pelos médicos de família. Muitas utentes continuam a ser medicadas com fármacos para a osteoporose sem terem indicação para tal.

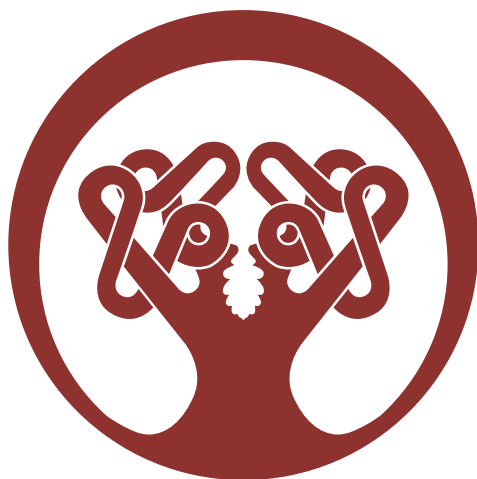
Palavras-chave: Osteodensitometria, Norma Orientação Clínica, Tratamento, Osteoporose.





Lined area for notes with horizontal ruling lines.





idoso

11º CONGRESSO
NACIONAL

2º Simpósio
Luso-Espanhol

26 | 27 | maio | 2017

Geriatrics 2017



idoso

10º CONGRESSO NACIONAL

1º Simpósio Luso-Espanhol

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia

MAJOR SPONSOR



SPONSORS

ALFA WASSERMANN



Bayer



FERRAZLYNCE

U.PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO



Ver para crer



SECRETARIADO

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL



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



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