Geriatria 2019

A idade & o conhecimento
aliados no futuro

idoso

13º CONGRESSO
NACIONAL

27-28|junho|2019

Centro de Congressos
Sheraton Porto Hotel

Programa Científico

Consultar Versão Digital

Caros Colegas e Amigos

É com grande prazer que vos dou as boas-vindas ao 13.º Congresso Nacional do Idoso. A medicina dirigida a este grupo etário é mais do que uma necessidade, é uma questão ética. Nós vivemos num país que está muito envelhecido, onde o número de pessoas idosas ultrapassa largamente o número de jovens, sendo, aliás, a crise demográfica um dos principais problemas que se colocam à sociedade portuguesa.

Os cuidados médicos na terceira idade devem ser entendidos de uma forma mais global, multidisciplinar e envolvendo cuidadores de múltiplas formações. É por isso que este Congresso Nacional do Idoso foi, desde sempre, planeado por forma a integrar no seu programa científico diversas especialidades relacionadas com a assistência ao doente idoso.

Acredito que precisamos todos de fazer um grande esforço para que este desafio possa ser continuado e aprofundado. Infelizmente, em Portugal não tem havido grandes progressos na área dos cuidados aos mais necessitados e aos mais idosos. Daí que seja indispensável que todos nós possamos colaborar e contribuir para uma formação médica continuada para que os cuidados médicos prestados tenham maior qualidade assistencial.

Resta-me agradecer aos oradores, moderadores, a todos os que se inscreveram no Congresso, à indústria farmacêutica e à Santa Casa da Misericórdia do Porto. É graças ao contributo de todos e ao vosso estímulo que esperamos conseguir fazer a diferença e continuar a lançar as bases para uma medicina mais humanizada e vocacionada para a terceira idade.

Sejam bem-vindos ao Porto e votos de um excelente Congresso!

Dr. José Canas da Silva
Presidente da Comissão Organizadora

COMISSÃO DE HONRA

Dra. Marta Temido, Ministra da Saúde • **Dr. José António Vieira da Silva,** Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social • **Dr. Carlos Nunes,** Presidente Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP • **Dr. Rui Fiolhais,** Presidente do Conselho Diretivo do ISS -Instituto da Segurança Social, I.P. • **Dr. Miguel Guimarães,** Bastonário da Ordem dos Médicos • **Dra. Maria Isabel Pereira dos Santos,** Presidente do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos • **Enfa. Ana Rita Cavaco,** Bastonária da Ordem dos Enfermeiros • **Dr. Manuel de Lemos,** Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas • **Dr. António Tavares,** Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto • **Dr. Rui Moreira,** Presidente da Câmara Municipal do Porto

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente **Dr. José Canas da Silva**, Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

Prof. Doutor A. Pacheco Palha, Professor Catedrático de Psiquiatria Jubilado da FMUP; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras); Membro Honorário da *World Psychiatry Association*; Presidente da Associação Saúde Mental em Língua Portuguesa (ASMELP) • **Dr. Álvaro Ferreira da Silva**, Colégio de Geriatria da Ordem dos Médicos • **Dra. Cristina Galvão**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa • **Dr. Rui Cernadas**, Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos • **Dra. Cristina Maia e Costa,** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Clínica Sãvida, EDP, Porto • **Dra. Helena Beça,** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente **Prof. Doutor A. Pacheco Palha,** Professor Catedrático de Psiquiatria Jubilado da FMUP; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras); Membro Honorário da *World Psychiatry Association*; Presidente da Associação Saúde Mental em Língua Portuguesa (ASMELP)

Enfa. Catarina Pazes, Enfermeira; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dra. Cristina Galvão**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa • **Dr. José Canas da Silva,** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada • **Dr. Rui Cernadas,** Coordenador Serviços Clínicos Continental, Especialista em Medicina do Trabalho e em Medicina Geral e Familiar

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

Enfa. Catarina Pazes, Enfermeira; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+; ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo • **Dra. Cristina Galvão,** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa • **Dr. Rui Cernadas,** Coordenador Serviços Clínicos Continental, Especialista em Medicina do Trabalho e em Medicina Geral e Familiar

Prof. Doutor A. Pacheco Palha, Professor Catedrático de Psiquiatria Jubilado da FMUP; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de *Psiquiatria e Saúde Mental*; Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras); Membro Honorário da World Psychiatry Association; Presidente da Associação Saúde Mental em Língua Portuguesa (ASMELP) • **Dr. Álvaro Ferreira da Silva,** Serviço de Saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto - Hospital da Prelada - Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos • **Dra. Ana Aroso,** Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital dos Lusíadas, Porto • **Profa. Doutora Ana Bettencourt,** Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; Professora Auxiliar com agregação • **Dra. Anabela Inácio Pereira,** Especialista em Medicina Física e de Reabilitação; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra • **Dr. António Diniz,** Hospital Pulido Valente - CHLN EPE; Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia (HPV) • **Dr. António Tavares,** Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto • **Dra. Cristina Frutuoso,** Especialista em Ginecologia; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra • **Dra. Cristina Galvão,** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa • **Dra. Cristina Maia e Costa,** Assistente de Clínica Geral; Sãvida, EDP • **Profa. Doutora Cristina Roque,** Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna, Diretora Clínica para os Cuidados de Saúde Hospitalares, Unidade Local de Saúde do Alto Minho • **Dr. Daniel Braga,** Clínica de São Marcos, Braga • **Dr. Eduardo Serra Brandão,** Cirurgião Vascular, Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, Diretor do Instituto de Recuperação Vascular • **Dr. Estevão de Pape,** Diretor do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta, Consulta de Diabetes, Assistente Graduado de Medicina Interna • **Prof. Doutor Filipe Froes,** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos do Hospital Pulido Valente (CHULN); Perito da Comissão Técnica de Vacinação da Direção-Geral da Saúde; Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa • **Dra Helena Beça,** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Mestre em Cuidados Paliativos; Elemento da Comissão de Ética da ARS Norte; USF ESPINHO • **Prof. Doutor Henrique Carvalho,** Especialista em Cardiologia; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (ICBAS-UP) • **Dr. João Gomes,** Especialista em Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra • **Dr. Jorge Dores,** Especialista em Endocrinologia; Centro Hospitalar e Universitário do Porto • **Prof. Doutor Jorge Polónia,** Professor Associado com Agregação de Medicina da Faculdade Medicina Porto; Professor Catedrático Escola Saúde da Universidade Aveiro; Consultor de Medicina Interna e Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Coordenador da Unidade Farmacovigilância do Norte Faculdade Medicina Porto/Infarmed • **Dr. José Campos Lopes,** Coordenador do departamento de Dermatologia do Hospital da Luz, Lisboa • **Dr. José Canas da Silva,** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada • **Dr. José Marinho,** Especialista em Medicina Geral e Familiar; USF ST^{a} Joana • **Dra. Lúcia Costa,** Diretora do Serviço de Reumatologia do Hospital de S. João, Porto • **Dr. Luís Andrade,** Especialista de Medicina Interna; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Unidade 1 - Santos Silva • **Prof. Doutor Luís Martins,** Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde, Professor de Medicina e Cardiologia – Universidade Fernando Pessoa, Porto • **Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago,** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Centro de Saúde de Eiras; Antigo Coordenador da Sub-Região de Saúde de Coimbra (agora extinta) • **Dr. Luís Osório,** Especialista em Urologia; Coordenador do Departamento de Urologia do Hospital Lusíadas, Porto • **Profa. Doutora Luísa Pimentel,** Professora na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Politécnico de Leiria. Investigadora CICS.NOVA.IPLeiria e CIES.IUL. • **Dr. Manuel Valente Alves,** Academia Nacional de Medicina de Portugal • **Enfa. Manuela Fonseca,** Centro Hospitalar Universitário de São João; Investigadora no CINTESIS - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto • **Prof. Doutor Paulo Alves,** Instituto Ciências da Saúde; Enfermeiro Graduado - Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; Membro da coordenação do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidular – UCP; Vice-presidente da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas; Membro do *Council* e Conselho Científico da *European Wound Management Association*; *Trustee* da *European Pressure Ulcer Advisory Panel* • **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 Universitário Lisboa Norte EPE • **Dr. Pedro Silva Almeida,** Médico Especialista; Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF São Simão da Junqueira; Membro do GCR do PPCIRA da ARS Norte • **Dra. Rita Nortadas,** Especialista de Medicina Interna; Hospital Garcia de Orta, Serviço de Medicina II • **Dr. Rocha Mendes,** Especialista em Urologia, Lisboa • **Dr. Rui Cernadas,** Coordenador Serviços Clínicos Continental, Especialista em Medicina do Trabalho e em Medicina Geral e Familiar • **Dra. Sónia Bastos,** Medicina Geral e Familiar; USF Boa Nova, ACES Espinho-Gaia • **Dra. Sofia Duque,** Especialista de Medicina Interna com competência em Geriatria – Unidade de Ortogeriatria (Coordenadora) – Serviço de Medicina Interna - Hospital São Francisco Xavier (CHLO); Assistente Convidada de Geriatria (Coordenadora Executiva da disciplina de Introdução às Doenças do Envelhecimento), Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Membro da Direção da *European Geriatric Medicine Society* (EuGMS); Membro da Direção do Colégio Nacional da especialidade de Medicina Interna e da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos; Coordenadora adjunta do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI); *Membro da European Academy for Medicine of Ageing* (EAMA) • **Prof. Doutor Teixeira Veríssimo,** Especialista em Medicina Interna; Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

Programa Científico

27 junho 2019 Quinta-feira

08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.30h SESSÃO 1

O ENVELHECIMENTO: PROBLEMAS E SOLUÇÕES

Moderadores: Dr. Álvaro Ferreira da Silva
e Dr. António Tavares

Parcerias entre cuidadores familiares e cuidadores formais
Profa. Doutora Luísa Pimentel

Cuidados médicos domiciliários
Dra. Cristina Galvão

Tecnologia e envelhecimento
Profa. Doutora Ana Bettencourt

Tratamento das feridas e higiene
Prof. Doutor Paulo Alves

Discussão

10.30-11.00h Coffe-Break

11.00-11.20h **Cerimónia de Abertura**

11.20-11.45h CONFERÊNCIA INAUGURAL

A VELHICE ATRAVÉS DA PINTURA

Presidente: Dr. José Canas da Silva
Palestrante: Dr. Manuel Valente Alves

11.45-12.30h SIMPÓSIO LABORATÓRIOS VITÓRIA

ABORDAGEM GLOBAL DO IDOSO FRÁGIL – ENFOQUE NO PAPEL DA VITAMINA D E DO MAGNÉSIO

Palestrante: Dra. Sofia Duque

12.30-13.00h CONFERÊNCIA

IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Presidente: Dra. Helena Beça
Palestrante: Dr. José Campos Lopes

13.00-14.00h Almoço

14.00-15.00h SESSÃO 2

PREVENÇÃO E AVANÇOS TERAPÊUTICOS NA DIABETES

Moderadores: Dr. Estevão de Pape e Dr. Rui Cernadas

Educação do doente diabético: O que deve saber fazer?
Enfa. Manuela Fonseca

Insulinoterapia em Cuidados de Saúde Primários: Quando e como?
Dra. Rita Nortadas

O doente diabético com patologia cardiovascular
Dr. Jorge Dores

Discussão

15.00-15.45h SIMPÓSIO tecnimede
CONTROLE DO DOENTE COM DIABETES, DISLIPIDEMIA E HIPERTENSÃO
Palestrante: Dr. Daniel Braga

15.45-16.15h Coffe-Break

16.15-18.00h SESSÃO 3
CARDIOLOGIA GERIÁTRICA
Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa
e Dr. Pedro Canas da Silva
HTA: Diferente com a idade? – Caso clínico
Prof. Doutor Jorge Polónia
Insuficiência cardíaca – Caso clínico
Prof. Doutor Luís Martins
Doença coronária – Caso clínico
Prof. Doutor Henrique Carvalho
A doença valvular – Caso clínico
Dr. Pedro Canas da Silva
Discussão

18.00h **Fim das Sessões do 1º Dia**

Programa Científico

28 junho 2019 Sexta-feira

07.30h Abertura do Secretariado

08.00-09.00h **Apresentação de Posters selecionados**
Presidente: Dr. José Canas da Silva
Moderadores: Enfa. Catarina Pazes, Dra. Cristina Galvão e Dr. Rui Cernadas

09.00-10.00h SESSÃO 4
INFEÇÕES: SINTOMAS ATÍPICOS…
Moderadores: Dra. Cristina Galvão e Dr. Pedro Silva Almeida
Infeção HIV – Caso clínico
Dr. António Diniz
Infeção pulmonar – Caso clínico
Prof. Doutor Filipe Froes
Infeção urinária – Caso clínico
Dr. Luís Osório

10.00-10.45h SIMPÓSIO tecnimede
DOR E VITAMINA D
Palestrante: Dr. João Gomes

10.45-11.10h Coffe-Break

11.10-12.15h SESSÃO 5

SEXUALIDADE

Moderadores: Prof. Doutor A. Pacheco Palha
e Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Doença oncológica e sexualidade
Dra. Cristina Frutuoso

Antidepressivos e desejo sexual
Prof. Doutor A. Pacheco Palha

Disfunção erétil
Dr. Rocha Mendes

Disfunção sexual feminina
Dra. Ana Aroso

12.15-13.00h SIMPÓSIO SERVIER

É UMA ESPÉCIE DE CASOS CLÍNICOS, DIZEM!

Palestrantes: Dr. Eduardo Serra Brandão e Dr. Rui Cernadas

13.00-14.00h Almoço

14.00-14.30h CONFERÊNCIA

CONSENSO DA DISLIPIDEMIA ATEROGÉNICA EM PORTUGAL

Palestrante: Prof. Doutor Teixeira Veríssimo

14.30-15:00h CONFERÊNCIA PATROCINADA Boehringer Ingelheim Lilly

EMPAGLIFLOZINA NA DMT2: A EVIDÊNCIA QUE DITA A DIFERENÇA

Palestrante: Dr. Luís Andrade

15.00-16.30h SESSÃO 6

PROBLEMAS COMUNS, TRATAMENTOS ADEQUADOS?

Moderadores: Dra. Lúcia Costa e Dr. José Marinho

Exercício físico em doentes frágeis
Dra. Anabela Inácio Pereira

Dor crónica: Como e quando tratar?
Dra. Sónia Bastos

Obesidade: Será que podemos tratar?
Profa. Doutora Cristina Roque

16.30h **Encerramento do Congresso**

Resumos dos Posters

P 01

PROJETO ASKFORBARTHEL – CICLO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DA AVALIAÇÃO E DO REGISTO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA DA POPULAÇÃO IDOSA

Cristiana Sousa Pinto; Inês Varejão Sousa; Joana Frasco; Lúcia Freitas
USF São Martinho – ACeS Tâmega II, Vale do Sousa Sul USF São Vicente – ACeS Tâmega II, Vale do Sousa Sul USF Hygeia – ACeS Tâmega III, Vale do Sousa Norte

Introdução: O envelhecimento populacional constitui uma realidade da sociedade portuguesa que se estende aos utentes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo por isso a Saúde do Idoso uma das principais áreas de trabalho e de avaliação de Desempenho Assistencial. Estando o envelhecimento associado a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacidade, a avaliação do grau de independência do idoso, utilizando instrumentos como o Índice de Barthel (IB), é extremamente importante para a planificação e melhoria dos cuidados de saúde a prestar.

Objetivos: Avaliar e garantir a melhoria contínua da qualidade da avaliação do grau de independência da população idosa de três Unidades de Saúde Familiares (USF), através da melhoria do registo da Escala de Barthel no SClínico®.

Métodos: Estudo quasi-experimental, pré e pós-intervenção. Local: USF's São Martinho, São Vicente e Hygeia. População alvo: utentes com ≥ 65 anos inscritos nestas USF's. Grupo alvo da intervenção: médicos e enfermeiros. Tipo de intervenção: educacional. Dimensão estudada: qualidade técnico-científica. Critérios de avaliação: Proporção de utentes com idade ≥ 65 anos com registo do IB no último ano. Foi realizado um Ciclo de Melhoria da Qualidade que incluiu duas avaliações internas, interpares e retrospectivas. Foi avaliada a proporção de utentes com ≥ 65 anos com registo do IB no período entre janeiro e dezembro de 2018 (1ª avaliação) e no período entre janeiro e maio de 2019 (2ª avaliação). Após a primeira avaliação foi realizada intervenção clínica com apresentação dos resultados, definição dos padrões de qualidade e discussão de medidas corretivas a implementar.

Resultados: Na 1ª avaliação verificou-se que durante o ano de 2018 foram efetuadas 2459 avaliações do IB (correspondente a 37,4% dos utentes idosos). Na 2ª avaliação, constatou-se que foram efetuadas 2920 avaliações do IB (correspondendo a 44% dos utentes idosos).

Discussão: O conhecimento relativamente ao grau de independência da população idosa é essencial para adequar os cuidados prestados a esta população, sobretudo o nível dos CSP onde são prestados cuidados longitudinais e onde a prevenção é um pilar de atuação. Os resultados apresentados são promissores. Não obstante, a proporção de idosos com IB codificado está ainda aquém do padrão de qualidade definido pela equipa como "bom", pelo que será dada continuidade ao projeto, com realização de um novo ciclo de melhoria da qualidade e reavaliação.

P 02

E QUEM CUIDA DO CUIDADOR?

Marta Mendes Ferreira; M. Inês Antunes; Luísa Fonte; Maria de Sousa Miranda
USF Ponte

Introdução: Nos cuidados de saúde primários (CSP), a prestação de cuidados de saúde dirigidos aos utentes dependentes e aos seus cuidadores tem-se tornado uma tarefa cada vez mais exigente.

Define-se como dependente a pessoa com falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual e como cuidador aquele que presta cuidados às pessoas em situação de dependência.

A sobrecarga do cuidador informal é definida como uma perturbação que resulta da gestão da dependência do utente alvo da atenção e dos cuidados. Existem escalas validadas para avaliar a sobrecarga do cuidador, sendo a mais utilizada a *The Zarit Burden Interview*.

Objetivos: Caracterizar o grau de sobrecarga dos cuidadores informais de indivíduos inseridos no programa de consulta domiciliária a utentes dependentes de uma Unidade de Saúde Familiar (USF). Correlacionar o grau de sobrecarga do cuidador com o grau de dependência do utente dependente.

Material e métodos: Estudo observacional analítico transversal. A população correspondeu aos cuidadores informais de indivíduos dependentes inseridos no programa de consulta domiciliária a utentes dependentes de uma USF, entre janeiro e maio de 2019. A escala de Zarit resumida foi aplicada ao cuidador aquando da visita domiciliária, após obtenção de consentimento informado escrito, com entrega de duplicado assinado pelos investigadores. Para análise dos dados foram utilizados os programas Microsoft Excel® e SPSS 24.0®.

Resultados: Foram incluídos no estudo 35 cuidadores. Aproximadamente 45,7% dos cuidadores apresentaram níveis de sobrecarga intensa, 25,7% sobrecarga ligeira e 28,6% não apresentaram sobrecarga.

Não se verificou relação estatisticamente significativa entre o grau de sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do utente dependente ($p = 0{,}354$).

Discussão/Conclusões: No presente estudo, 71,4% dos cuidadores apresentaram algum nível de sobrecarga. Destes cerca de 45,7% apresentaram níveis de sobrecarga intensa, o que vai de acordo com os estudos na-

cionais e internacionais realizados que revelam níveis elevados de sobrecarga do cuidador.
É necessária a criação de estratégias que possibilitem o acesso a informação, treino e suporte, para reduzir o stress do cuidador que tem repercussões na saúde do próprio e nos cuidados prestados por este aos utentes que deles dependem. Os CSP, estando na primeira linha de atuação, devem estar atentos a esta problemática, investindo essencialmente na prevenção da sobrecarga do cuidador.

P 03

BENEFÍCIO DA SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO ALFA-LIPÓICO NOS SINTOMAS DE NEUROPATIA DIABÉTICA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Marta Duarte Gomes[1]; Sara Silva Gomes[2]
[1]USF Terras de Santa Maria - ACES Entre Douro e Vouga I; [2] UCSP Cidade e as Serras - ACES Pinhal Litoral

Introdução: As complicações da diabetes mellitus (DM) têm um grande impacto na qualidade de vida dos utentes e são mais prevalentes no idoso. Um importante fator precipitante das complicações tardias da DM, nomeadamente da neuropatia diabética periférica (NDP), parece ser o stress oxidativo provocado pela hiperglicemia crónica. Neste sentido, para o tratamento da NDP, têm sido estudadas terapêuticas como o ácido alfa-lipoico (AAL) que, pelo seu reconhecido efeito antioxidante, poderá contribuir para a prevenção das alterações neurovasculares associadas à NDP, bem como os seus sintomas.
Objetivo: Avaliar a evidência disponível sobre o benefício da suplementação de AAL nos sintomas de NDP
Métodos: Pesquisa bibliográfica de normas de orientação clínica, ensaios clínicos aleatorizados e controlados, revisões sistemáticas e meta-análises, publicados entre 1 de maio de 2004 e 30 de abril de 2019, nas línguas portuguesa e inglesa, indexados nas bases de dados da *National Guideline Clearinghouse*, *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) *Guidelines Finder, Canadian Medical Medical Association Practice Guidelines Infobase, The Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE), *Bandolier*, *Evidence Based Medicine Online* e *MEDLINE*, utilizando os termos *MESH Diabetes Mellitus, Type 2*, *Diabetic Neuropathies*, *Thioctic Acid* e *Alpha Lipoic Acid*. Utilizou-se a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT) para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).
Resultados: Dos 44 artigos encontrados, foram selecionadas duas meta-análises, uma revisão sistemática e três ensaios clínicos. Todos estes estudos encontraram melhoria nos sintomas da NDP pela suplementação com AAL, com um nível de evidência 2. A principal limitação dos estudos selecionados encontra-se no número reduzido de participantes em cada estudo, o que não permite extrapolar os seus resultados de forma segura para a população diabética com sintomas de NDP.
Conclusão: Apesar da reduzida robustez da evidência existente, a suplementação com AAL reduz a sintomatologia da NDP num número significativo de participantes dos estudos selecionados (FR B). São, contudo, necessários mais estudos com maior representatividade de doentes com NDP que confirmem a sua eficácia e justifiquem a sua prescrição na prática clínica diária.

P 04

ANTIBIOTERAPIA NA PNEUMONIA DO IDOSO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Teresa Matos Queirós[1]; Joana Rita Matos[1]; Mariana Bernardo[1]; Diogo Moderno Costa[2]; Rúben Melo Carvalho[3]; Ana Sofia Tavares[1]
[1]USF Fernando Namora; [2]USF Cruz de Celas; [3]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os idosos são vulneráveis à Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e têm frequentemente episódios complicados. Importa detetar sinais de gravidade, fragilidade ou falta de apoio familiar que indiciem a necessidade de referenciação e tratamento hospitalar. Caso possa ter tratada em ambulatório, surge a difícil escolha da antibioterapia, importando conhecer as suas comorbilidades, bem como a toma recente de antibióticos.
Objetivos: Conhecer a antibioterapia prescrita na PAC no idoso numa unidade de cuidados de saúde primários.
Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e de base institucional. A amostra inclui utentes com 65 ou mais anos de idade, de ambos os sexos e com diagnóstico de pneumonia em consulta na unidade entre 2016 e 2018. Excluem-se os utentes com menos de 65 anos, residentes em lar ou instituição, referenciados para o serviço de urgência ou com ausência de registos. A recolha de informação é feita através do MIM@UF® e do Sclínico®. Recurso ao Excel®/SPSS® para análise estatística.
Resultados: Obteve-se uma amostra de 36 idosos com diagnóstico de pneumonia tratados na unidade durante o período em estudo, sendo 23 do sexo feminino (63,9%) e 13 do sexo masculino (36,1%). A idade média foi de 77,4 anos, sendo a mínima de 65 e a máxima de 93 anos. Destes idosos, 23 (63,9%) tinham registo de comorbilidades (DPOC, Diabetes mellitus, doença cardíaca, hepática, renal, neoplasia, alcoolismo) ou toma de antibioterapia nos últimos 3 meses. Quanto à terapêutica antibiótica, 11 foram medicados com amoxicilina e azitromicina; 7 com amoxicilina; 6 com amoxicilina e ácido clavulânico; 5 com amoxicilina, ácido clavulânico e azitromicina; 3 com levofloxacina; 2 com azitromicina; 1 com amoxicilina e claritromicina e 1 com cefuroxima e azitromicina. Em 6 idosos (16,7%) observou-se falha na

terapêutica inicialmente instituída, sendo que dois destes foram referenciados para urgência hospitalar.

Discussão/Conclusões: Os cuidados de saúde primários têm muitas vezes um acesso mais fácil à história pregressa do doente, comorbilidades e medicação habitual. No presente estudo observou-se uma variabilidade de opções terapêuticas, sendo que a prescrição mais frequente foi a associação entre a amoxicilina e a azitromicina. A elevada prevalência de comorbilidades numa população envelhecida justifica muitas vezes o uso de antibioterapia em associação. A crescente resistência às quinolonas faz com que a sua utilização deva ser ponderada.

P 05

DOENÇA DE PAGET DO MAMILO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ricardo Campos;[1] Vânia Pinto;[1] Diana Sousa;[2] Celina Rosa;[1]
[1]UCSP de Belmonte; [2]UCSP da Covilhã

Motivo da seleção: A doença de Paget do Mamilo carateriza-se por ser um adenocarcinoma intraepidermal da área do mamilo que se manifesta comummente por uma placa eczematosa bem delimitada no mamilo. Esta doença relaciona-se geralmente com patologia maligna da mama (por exemplo adenocarcinoma dos ductos mamários). Este adenocarcinoma é raro e na maioria das vezes na altura do diagnóstico já se apresenta em fase de metastização.

A relevância do caso prende-se principalmente com a relativa raridade da doença e a maior incidência da mesma na população idosa.

Caso clínico: Utente de 85 anos de idade recorre à consulta de Agudos da UCSP local por tumefação, rubor e dor no mamilo esquerdo com 6 dias de evolução. É observada pelo médico de serviço que confirma a tumefação e rubor do mamilo e propõe realização de mamografia que a doente recusa, sendo medicada com ácido fusídico em pomada. A utente regressa passado um mês e meio em consulta agendada para a Médica de Família, por ausência de melhoria do quadro. Ao exame objetivo constata-se que a tumefação infra-mamilar era de consistência dura e de contornos irregulares e estava presente um exuberante eritema peri-mamilar. Optou-se por referenciação com urgência à consulta de Ginecologia do Centro de Referência, onde foi submetida a biopsia que revelou diagnóstico histológico de Carcinoma Invasor da mama. Atualmente é seguida em consulta de Ginecologia Oncológica, recusou intervenção cirúrgica e está a cumprir Hormonoterapia paliativa com anastrazol.

O caso retrata a importância fundamental de um exame objetivo na suspeição diagnóstica da Doença de Paget, sendo da maior relevância o exame mamário completo em todos os utentes com queixas mamárias.

P 06

A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE COMO CAUSAS DE TUDO

Nuno Manuel Teles Pinto; Hélder Manuel Pereira de Sousa; João Manuel Soares Teles; Ana Cláudia Almeida
USF Fânzeres - ACES Gondomar

Introdução: A depressão e a ansiedade são duas entidades nosológicas com grande prevalência nos cuidados de saúde primários. Frequentemente, a sintomatologia destas doenças intersecta-se com a forma de apresentação de outras patologias de etiologia não psiquiátrica. Por este motivo, o enquadramento de sintomas orgânicos em quadros de somatização é realizado frequentemente, nomeadamente no caso de doentes com doença psiquiátrica de base, sem prévia exclusão de causas orgânicas, o que pode derivar em estratégias terapêuticas erradas e atraso no diagnóstico correto, como traduzido pelo presente relato de caso clínico.

Descrição do caso: Mulher de 75 anos, viúva, autónoma. Apresenta antecedentes pessoais de depressão crónica tratada com antidepressivos e vários episódios de somatização.

Recorreu à consulta de saúde de adultos em 2017, com queixas de rouquidão flutuante e pirose com cerca de 3 semanas de evolução. Objetivamente apresentava humor de tonalidade depressiva e discurso coerente com voz muito baixa e entrecortada. Fez prova terapêutica com IBP e foi solicitado estudo da função e ecografia tiróideas que não revelaram alterações. Foi reavaliada após um mês após, mantendo as queixas de disfonia, pelo que foi referenciada a consulta de psiquiatria e ORL, sendo que no entender destas duas especialidades a disfonia apresentada pela doente se filiaria num quadro psicossomático.

Verificou-se agravamento das queixas de disfonia ao longo de vários meses, com evolução para uma afonia quase total e aparecimento de novo de disfagia para sólidos pelo que foi referenciada a consulta de neurologia, tendo realizado eletromiografia que revelou miopatia inespecífica marcada com envolvimento preferencial dos pares cranianos e para-espinhais.

Comentários: Este caso demonstra como uma queixa frequente nos cuidados de saúde primários como a disfonia pode ter origem em entidades nosológicas diversas. A presença de fatores confundidores, como a depressão, e a história de somatização podem contribuir para o atraso no diagnóstico, ao se enveredar precocemente pela hipótese diagnóstica mais corrente.

Conclusão: O presente caso demonstra que, mesmo em doentes com antecedentes de patologia psiquiátrica, o aparecimento de novo de sintomas físicos deverá exigir uma exclusão exaustiva de todas as causas orgânicas possíveis e que, só perante a exclusão de todas essas causas é possível filiá-los na etiologia psiquiátrica.

Palavras Chave: Somatização; Disfonia; Diagnóstico.

P 07

FENÓTIPOS E PARTICULARIDADES DE UMA POPULAÇÃO GERIÁTRICA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Lígia Rodrigues Santos; Gisela Vasconcelos; João Presume; Madalena Vicente; Márcia Agostinho Pereira; Mariana Popovici; Luís Campos; Catarina Rodrigues; Inês Araújo; Cândida Fonseca
Unidade de Insuficiência Cardíaca – Serviço de Medicina III, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia com particular prevalência na população idosa, com maior número de fatores de risco e comorbilidades e maior probabilidade de descompensação.
Objetivo: Analisar as características fenotípicas e prognóstico de uma amostra de doentes com IC de acordo com o grupo etário.
Métodos: Estudo observacional retrospetivo com base na revisão do processo clínico de doentes internados consecutivamente numa unidade de IC durante um ano.
Resultados: Foram incluídos 153 doentes, 52.9% homens, 134 (87.6%) com idade ≥ 65 anos, 70 dos quais (52.2%) com idade ≥ 80 anos, considerados muito idosos. As principais etiologias de IC identificadas foram a isquémica (31.6% nos <65 anos; 43.8% nos 65-79 anos; 35.7% nos ≥ 80 anos) e a hipertensiva (15.8% nos <65 anos; 32.8% nos 65-79 anos; e 37.1% nos ≥ 80 anos), sem diferença significativa entre as faixas etárias. Em relação à fração de ejeção (FEVE), os doentes idosos (≥ 65 anos) apresentavam maioritariamente FEVE preservada: 48.4% dos 65-79 anos e 55.7% dos ≥ 80 anos; $p = 0.012$. Quanto à classificação funcional, todos se encontravam em classe III-IV da *New York Heart Association* à entrada e 77.1% em classe II à data de alta do internamento. 44.8% dos doentes com mais de ≥ 65 anos apresentava 5 ou mais comorbilidades, sendo a hipertensão arterial e a fibrilhação auricular as mais frequentes nesta faixa etária (79.8% e 69.4%, respetivamente). O motivo de descompensação mais frequentemente identificado na população geriátrica foram as infeções (26.9%) e as disritmias (25.4%). Não se verificou diferença estatisticamente significativa no que refere ao tempo de internamento, reinternamento e mortalidade aos 30 dias nos grupos. Destaca-se, contudo, uma relação entre as vindas ao serviço de urgência nos 30 dias pós-alta hospitalar e as faixas etárias ≥ 65 e ≥ 80 anos ($p = 0.04$).
Discussão: A maioria dos doentes com IC na vida real são idosos e com FEVE preservada, em concordância com as estimativas publicadas. A idade correlaciona-se de forma significativa com uma maior recorrência ao serviço de urgência, o que pode em parte ser justificado pela maior fragilidade deste grupo de doentes. Assim, é importante reconhecer as particularidades e complexidade da população geriátrica com IC de forma a individualizar a abordagem nestes doentes com provável impacto no prognóstico.

P 08

MEDICAMENTOS INAPROPRIADOS NO GRANDE IDOSO

Sónia Madalena Teixeira; Mafalda Sequeira; André Santiago; Maria da Luz dias
UCSP Lamego- ACES Douro Sul

Introdução: A prescrição racional de medicamentos é crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Os critérios de Beers de 2019 permitem identificar e evitar a prescrição inadequada de fármacos nos Idosos. Estes focam os fármacos que devem ser evitados na generalidade, os medicamentos inapropriados em certas patologias e aqueles que devem ser usados com precaução. É objetivo deste trabalho caracterizar a medicação inadequada no grande idoso (≥ 80 anos).
Métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo. Amostra: utentes com idade ≥ 80 anos de um ficheiro clinico do interior norte de Portugal, averiguando a prescrição de medicação potencialmente inapropriada (MPI), de acordo com os critérios de Beers de 2019. Período em estudo: de outubro/2018 a abril/2019. Para colheita de dados usaram-se as ferramentas Sclinico® e PEM®.
Resultados: Obteve-se uma amostra de 185 grandes idosos, correspondendo 62% a mulheres. 29% dos grandes idosos do ficheiro encontravam-se sob MPI. Especificamente foram prescritos IBPs a 33%; Benzodiazepinas a 29,6%; AINEs a 16,9%; Antipsicóticos a 12,7%; Digoxina a 5.5%; Sulfanilureias e ADTs a 3.6% e Metoclopramida a 2.4%. Verifica-se quase nula prescrição de Ciclobenzaprina, Hidroxizina, Fenobarbital e Nifedipina, Dipiridamol, Nitrofurantoína, Amiodarona e Zolpidem.
Discussão: O uso de MPI é frequente, nomeadamente no que diz respeito a IBPs, Benzodiazepinas e AINEs. Tem existido um investimento contínuo por parte dos médicos que gerem este ficheiro para a cessação de fármacos inapropriados, explicando os riscos e aconselhando a descontinuação que frequentemente é pouco aceite pelos doentes. Há que salientar ainda que alguns destes fármacos considerados inadequados pelos critérios de Beers podem ser justificáveis nalguns casos, já que, apesar das recomendações, a prescrição deve ser personalizada.
Conclusão: Este trabalho permitiu conhecer o perfil de utilização de fármacos em grandes idosos e verificar o grande esforço que ainda deve ser feito para tornar a medicação no idoso mais segura. A utilização dos critérios de Beers pelos Médicos de Família e a capacitação dos doentes e cuidadores poderão constituir uma mais valia para se conseguir uma prescrição segura e eficaz.

P 09

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E TERAPÊUTICA MODIFICADORA DE DOENÇA NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Gisela Vasconcelos; Lígia Rodrigues Santos; João Presume; Madalena Vicente; Márcia Agostinho Pereira; Mariana Popovici; Luis Campos; Catarina Rodrigues; Inês Araújo; Cândida Fonseca
Unidade de Insuficiência Cardíaca – Serviço de Medicina III, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Introdução: A prevalência de insuficiência cardíaca (IC) aumenta com a idade, sendo a causa mais frequente de hospitalização após os 65 anos. A multimorbilidade e polimedicação são frequentes nestes doentes, dificultando a prescrição terapêutica, nomeadamente das terapêuticas modificadoras de doença (TMD).

Objetivo: Analisar a prescrição de TMD (fármacos e dispositivos de ressincronização cardíaca) numa amostra de doentes com insuficiência cardíaca estratificada por grupo etário.

Métodos: Estudo observacional retrospetivo de doentes internados consecutivamente numa unidade de IC durante um ano, através da consulta de processos clínicos. Foram incluídos doentes com IC com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) reduzida, estratificados de acordo com o grupo etário: adultos (<65 anos), idosos (65-79 anos) e muito idosos (>80 anos).

Resultados: Dos 153 doentes, foram incluídos 70 (FEVE <40%) - 41,4% idosos e 38,6% muito idosos. À admissão 92,9% dos adultos, 86,2% dos idosos e 62,9% dos muito idosos estava medicado com inibidor do sistema renina-angiotensina (iSRA). Estavam sob bloqueador adrenérgico (BA) 85,7% dos adultos, 82,8% dos idosos e 77,8% dos muito idosos. 85,75% dos adultos, 75,9% dos idosos e 63,0% dos muito idosos estavam sob espironolactona. A maioria dos adultos e idosos estava sob 3 TMD (78,6% e 59,3%, respetivamente), enquanto a maioria dos muito idosos estava sob 2 (65,0%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o número de TMD e o grupo etário ($p = 0,04$). Durante o internamento o iSRA foi otimizado em 50,0% dos adultos, 24,1% dos idosos e 33,3%, dos muito idosos; o BA em 28,6%, 44,8% e 33,3% respetivamente; e a espironolactona em 64,3%, 41,4% e 40,7%, respetivamente. Na maioria não foi atingida a dose máxima dos estudos, sobretudo se muito idoso (dose máxima iSRA em 18,5%, BA em 11,1% e espironolactona em 29,6%). Independentemente do grupo etário, o principal limitante na terapêutica com iSRA e BA foi a hipotensão, enquanto que para a associação de espironolactona foi a doença renal.

Discussão: A maioria dos doentes internados por IC têm 65 anos ou mais. Verifica-se uma tendência para menor prescrição e maior dificuldade de otimização de TMD nos doentes geriátricos, que tendem a tolerar significativamente menor número de TMD. A evidência sugere que as TMD da IC são igualmente efetivas nos doentes geriátricos, melhorando sintomas e prognóstico, sendo o internamento uma oportunidade para a sua otimização.

P 10

FASCICULAÇÕES COMO MANIFESTAÇÃO SECUNDÁRIA DO DONEPEZILO

Cabrera, J.; Ferreira, D.; Pinheiro, D.; Pinto, J.; Mota, M.
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O donepezilo é o mais antigo inibidor de colinesterase ainda em uso e permanece uma droga preferida e amplamente prescrita nessa classe. Atua nos pacientes com demência atenuando o *déficit* de acetilcolina decorrente da perda de neurónios. Considera-se uma terapia sintomática e não há evidencia que seja neuroprotetor ou que altere o prognóstico da doença subjacente.

Sintomas gastrointestinais são os efeitos colaterais mais comuns com o uso prolongado de donepezilo, podendo atingir 30% dos pacientes. A bradicardia sintomática e casos raros de rabdomiólise ou síndrome neuroléptica maligna pode também surgir secundariamente à toxicidade colinérgica.

Case report: Homem de 79 anos, trazido ao SU por alteração do comportamento, tremores generalizados, agitação e discurso desorganizado.

À observação no SU, o doente (previamente autónomo e cognitivamente preservado) mostrava-se desorientado, agitado, com discurso confuso. Exame neurológico sumário normal. Subfebril, sem outros achados no exame objetivo. Nos MCDT realizados no SU, analiticamente com CK e mioglobina aumentados e lesão renal aguda, sem outras alterações de relevo. A TC-CE não tinha alterações agudas. Internou-se o paciente para estudo do quadro.

Durante o internamento identificaram-se exuberantes fasciculações nos membros inferiores, alegadamente presentes há mais de 3 meses, evidentes sobretudo nos gastrocnémios, bilateralmente (acentuando-se ao toque) e menos exuberantes nas coxas. Foi também documentada uma amiotrofia do vasto medial direito e hipertrofia gemelar. Descartaram-se patologias osteoarticulares compressivas (TC vertebral), sindrómicas dos neurónios motores distais (colaboração neurologia), genéticas ou autoimunes.

Como diagnóstico de exclusão, considerou-se a hipótese de se tratar de uma manifestação secundária do donepezilo (fármaco que o doente faria há aproximada-

mente 3 anos). Efetuou-se prova terapêutica – suspendeu-se a toma de donepezilo. Nos dias subsequentes observou-se uma diminuição progressiva das fasciculações, sendo que no 4º dia apos a suspensão de donepezilo se verificou uma ausência total, pela primeira vez nos 3 meses prévios.

Discussão: As doenças do movimento induzidas por fármacos (DMIF) englobam sintomatologia muito diversa, entre elas as mioclonias.

A frequência de reações distónicas agudas induzidas por fármacos pode ultrapassar os 90% em certas classes de fármacos, sendo que a hiperactividade colinérgica é muitas vezes a causa destas manifestações.

P 11

DISFAGIA NO IDOSO, COMO POSSO AJUDAR?

André Santiago; Maria da Luz Dias; Mafalda Sequeira; Sónia Teixeira
UCSP Lamego

Introdução: A disfagia é uma entidade clínica com elevada incidência em idade geriátrica, podendo influenciar negativamente a qualidade de vida dos doentes. No entanto, existem técnicas e abordagens práticas que permitem minimizar o seu impacto.

Objetivos: Pretende-se rever na bibliografia, abordagens e técnicas que minimizam o impacto da disfagia, passíveis de utilização em regime ambulatório, com especial atenção pela população geriátrica.

Material e métodos: Foi feita uma revisão clássica da literatura nas bases de dados *Medline/PubMed*, Cochrane *Library*, usando os termos *MeSH Deglutition Disorders*, *Aged*. Foram selecionados artigos de revisão, revisão sistemáticas, meta-análise e *guidelines*, escritos em Inglês ou Português, durante os últimos 10 anos.

Obtiveram-se 216 resultados, tendo sido selecionados 13 artigos considerados relevantes para os objetivos definidos.

Resultados: Da revisão efetuada, foram encontradas recomendações gerais como comer devagar com concentração, usar pequenas porções, manter uma posição ereta durante a refeição e pelo menos 30 minutos após. Com o objetivo de aumentar a duração e permitir um maior controlo sobre a deglutição, é recomendada a modificação da consistência dos alimentos e utilização de espessantes para líquidos. Por outro lado, a estimulação táctil, gustativa e térmica, permitem aumentar a perceção sensitiva na cavidade oral e reduzir o desfasamento entre a fase oral e faríngea.

Para movimentar mais eficazmente os alimentos na orofaringe e laringe, são descritos exercícios facilitadores da deglutição como lateralização da cabeça, deglutição com queixo descaído ou elevado, dupla deglutição, deglutição forçada, deglutição supraglótica e super-supraglótica.

Fora das refeições, e como exercícios para fortalecimento de estruturas musculares fragilizadas, encontram-se descritas a manobra de Mendelson, a manobra de Masako e exercícios de Shaker.

Uma abordagem multidisciplinar com outros profissionais de saúde como enfermeiros, terapeutas da fala e nutricionistas pode ser vantajosa.

Discussão/Conclusão: A abordagem da disfagia está dependente da sua gravidade, etiologia e das características individuais inerentes ao próprio doente. Com este trabalho, foram revistas e sistematizadas orientações e técnicas úteis para minimizar o impacto negativo da disfagia na qualidade de vida dos doentes idosos. Espera-se assim conseguir ajudar o médico de família a melhor orientar e tratar os seus doentes.

P 12

DIETAS ALTERNATIVAS NAS DOENÇAS CRÓNICAS – O PAPEL DA DIETA VEGETARIANA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Leonor Luz Duarte; Catarina Calheno Rebelo
USF Oceanos, ACeS Matosinhos

Introdução: Uma alimentação saudável tem um papel fundamental na prevenção e tratamento de doenças crónicas, como a diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HTA). A dieta vegetariana, na qual predominam os produtos de origem vegetal, tem sido associada a um estilo de vida saudável e a uma menor probabilidade de desenvolver algumas doenças crónicas, como a DM, HTA, obesidade e cancro.

Objetivo: Determinar o efeito da dieta vegetariana na prevenção, desenvolvimento e tratamento da DM e HTA.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa eletrónica na *Pubmed, Medline* e *Cochrane Library*, utilizando os seguintes termos *MeSH: Vegetarian diet*, *Diabetes mellitus* e *Hypertension*, assim como pesquisa de normas de orientação clínica (NOCs). Foram incluídos 12 artigos, em língua portuguesa e inglesa, na presente revisão.

Resultados: Uma dieta rica em vegetais está associada a elevadas quantidades de fibra, antioxidantes e magnésio, contribuindo para uma melhoria do controlo glicémico, aumento da sensibilidade à insulina e diminuição de complicações macro e microvasculares associadas à DM. Adicionalmente, verificou-se uma redução de 2-14 mmHg na pressão arterial sistólica e 5-6 mmHg na pressão arterial diastólica em vegetarianos, assim como uma redução do Índice de Massa Corporal e do colesterol LDL. Assim, uma dieta vegetariana está associada a uma menor incidência da síndrome metabólica, HTA, DM, acidente vascular cerebral e mortalidade por doença cardíaca isquémica. Contudo, como esta dieta está frequentemente associada a perda de peso, prática

regular de exercício físico e à ausência de consumo de tabaco ou álcool, estes fatores podem ser confundidores quando se comparam padrões alimentares vegetarianos com outros não vegetarianos.

Discussão/Conclusões: A dieta vegetariana parece ser apropriada para todas as fases da vida e, quando bem estruturada, pode preencher todas as necessidades nutricionais de um ser humano. Apresenta benefícios na prevenção e tratamento da DM, HTA, obesidade e doença cardiovascular, sendo que a prevalência destas doenças é inferior em vegetarianos comparativamente a não vegetarianos. Desta forma, a dieta vegetariana parece ser recomendada em doentes com patologia crónica, desde que praticada de forma equilibrada e diversificada.

P 13

UMA DOR MUSCULAR ATÍPICA NUM DOENTE IDOSO – UM CASO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

Luísa Silva; Olímpia Pinto
USF Torrão, Lousada

Enquadramento: A polimialgia reumática (PMR) é a doença reumática inflamatória mais comum nos idosos. A incidência aumenta com a idade avançada, sendo que a PMR raramente afeta pessoas com menos de 50 anos e é duas vezes mais comum em mulheres. Os sintomas incluem dor e rigidez na cintura escapular e pélvica. A doença pode surgir de forma isolada ou em associação a arterite de células gigantes.

Descrição do caso: Homem de 73 anos, reformado, autónomo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, medicado. Recorre a consulta aberta na USF por, desde há 15 dias, dor e rigidez na região dos isquiotibiais, região proximal das coxas e região dos ombros. Referia dificuldade em levantar-se da posição de sentado e dificuldade em pentear-se. Referia ainda astenia. Sem febre ou alterações visuais. Sem infeções víricas recentes. Ao exame objetivo com marcha sem alterações e sem défices de força muscular proximal nos membros. Solicitado estudo analítico que revelou anemia (Hb 11,7 g/dL) e elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 100 mm/h e PCR ultra sensível 11,68 mg/dL – N < 0.30). Pela suspeita de PMR foi iniciado tratamento com prednisolona 20 mg e Esomeprazol 20 mg e solicitada consulta de reumatologia. Melhoria muito significativa das queixas álgicas e rigidez com a medicação. Observado em consulta de reumatologia que manteve impressão diagnóstica, sendo iniciada diminuição da corticoterapia e novo estudo analítico.

Discussão/conclusão: Com o rápido diagnóstico e terapêutica adequada a PMR tem um excelente prognóstico. As *guidelines* conjuntas da Sociedade Britânica de Reumatologia e Profissionais de Saúde Britânicos em Reumatologia recomendam que o diagnóstico de PMR deve começar com a avaliação de critérios de inclusão e exclusão principais, seguido pela avaliação da resposta a corticóides. Características atípicas ou resposta atípica aos corticóides devem levar em consideração outra patologia alternativa. As queixas musculoesqueléticas são muito comuns nos doentes idosos e no contexto dos cuidados de saúde primários, pelo que, é fundamental para o médico de família estar informado acerca da apresentação desta patologia para que mais rapidamente possa ser realizado o seu diagnóstico e iniciado o tratamento.

P 14

IDADE: UM FATOR DECISIVO PARA O (DES)INVESTIMENTO NO UTENTE?

Raquel Lima; Raquel Ferreira; Sofia Sá; Daniela Fernandes; Fábia Martins
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Cantanhede

Introdução: Atualmente assistimos a um envelhecimento populacional crescente, com todas as condicionantes inerentes. Na população idosa, por forma a evitar a iatrogenia e a obstinação terapêutica, privilegiando a prevenção quaternária, não são despistados alguns diagnósticos diferenciais e, por conseguinte, não são identificadas precocemente algumas patologias.

Objetivo: Realçar a importância da valorização da clínica e do *status* funcional dos utentes, independentemente da sua idade.

Descrição do caso: Mulher, 93 anos, raça caucasiana, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias segundo a Escala de Barthel (apenas com necessidade de algum auxilio para o banho). Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação auricular e doença venosa crónica e antecedentes familiares irrelevantes.

Observada em consulta pelo seu médico assistente em outubro de 2017, por lesão escoriada na face externa da perna esquerda, bem delimitada, bordos regulares, com cerca de 1,5 centímetros de maior diâmetro, indolor e com 2 meses de evolução.

Referenciada para consulta de Dermatologia, sendo assumida úlcera crónica da pele, com indicação para tratamentos de ferida nos Cuidados de Saúde Primários, que manteve durante mais de um ano. Após este período, em março de 2019, e dado o agravamento progressivo da lesão, foi internada para cuidados especializados numa Unidade de Convalescença, onde permaneceu durante um mês com evolução desfavorável. Por este motivo, optou-se pela realização de biópsia que revelou carcinoma espinocelular bem diferenciado.

Em abril de 2019, apresenta uma lesão extremamente dolorosa e exsudativa, com dimensões de 11 por 4,5

centímetros, condicionando acentuada diminuição da qualidade de vida (Escala de Barthel - dependente na maior parte das tarefas).

Comentário: O caso apresentado retrata uma doente de 93 anos com perda de autonomia. Pretende-se que não sejam protelados exames complementares de diagnóstico em idosos, alertando para a necessidade do reconhecimento precoce de lesões potencialmente graves, cujo diagnóstico diferencial nesta população poderá ser difícil, mas permitir a instituição do tratamento adequado, evitando uma evolução desfavorável com impacto negativo no estado funcional.

P 15

BENEFÍCIOS DA TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA

Ana Clara Alves; André Jordão; Maria João Sias
USF Sol, Évora

A administração de fármacos por via subcutânea (SC) é uma alternativa segura em doentes que respondem insatisfatoriamente à terapêutica oral (TO). Revela várias vantagens. É uma técnica simples com rápido início de ação, é confortável para o doente com pouco impacto nas atividades de vida diária (AVDs), pode ser auto-administrada e/ou administrada por parte do cuidador e tem um risco reduzido de infeção.

MS, 72A, sexo feminino, casada, reformada, dependente para as AVDs com os seguintes antecedentes pessoais mais relevantes de insuficiência cardíaca (IC) III/IV NYHA, miocardiopatia dilatada com má função do ventrículo esquerdo e bloqueio cardíaco de ramo esquerdo (BCRE) -portadora de dispositivo de ressincronização cardíaca (TRC), cardiopatia isquémica (CI), doença renal crónica (DRC) estadio IV, hipertensão arterial (HTA), hiperuricémia, fibrilhação auricular (FA), anemia das doenças crónicas, diabetes mellitus (DM), dislipidémia e obesidade. É uma doente polimedicada, destacando-se entre a medicação habitual apixabano 2.5 mg 2 vezes/dia, furosemida 40 mg 2 vezes/dia com a seguinte posologia caso tenha edema marcado, 40 mg 3 vezes/dia (2+0+1), sacubitril/valsartan 49/51 mg 2 vezes/dia, clonidina 0.15 mg 3 vezes/dia, nebivolol 5 mg 1 vez/dia, amiodarona 200 mg 1 vez/dia (5 dias por semana). Teve múltiplos internamentos por descompensação da IC especificamente com queixas de cansaço, dispneia, ortopneia, agravamento do edema dos membros inferiores (MIs) e noctúria, DRC agudizada, infeções respiratórias e do trato urinário (ITU) nos últimos 2 anos, tendo recorrido ao serviço de Urgência (SU) pelo menos 3 vezes em 2018 e por 2 momentos em 2019. Foi internada por 5 situações em 2018 e até à data em 2 ocasiões em 2019. Perante todo o historial clínico da doente e após alta do último internamento, o caso foi discutido com Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e foi tomada a decisão de substituir a furosemida oral pela via SC, uma vez que não havia uma resposta eficaz com a TO. Foi introduzido um cateter SC para administração de furosemida 20 mg 3 vezes/dia e fez-se os ensinos aos cuidadores.

A administração de furosemida por via SC mostrou ser benéfica no caso clínico descrito sem qualquer registo de ida ao SU e de internamentos desde a intervenção há 4 meses, garantindo um maior conforto e autonomia à doente.

Este caso revela a importância de uma melhor prestação de cuidados de saúde a uma doente com múltiplas comorbilidades através da articulação entre equipas e procura de soluções eficientes entre ambas.

P 16

QUANDO A DOR ARTICULAR NO IDOSO É MAIS DO QUE UMA ARTROSE

Inês Melo Martins; Francisca Santos; Cláudia Paulo
USF Buarcos

Enquadramento: No contexto das consultas de medicina geral e familiar e com o avançar da esperança média de vida é cada vez mais frequente o diagnóstico de artroses na população idosa. Numa população com multipatologia torna-se cada vez mais importante a realização de uma boa anamenese e exame objetivo (EO) para perceber quando uma dor articular é mais do que o reflexo de uma artrose.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino de 69 anos, pouco frequentador, que recorre a consulta por dor intensa na região lombar direita e anca direita com irradiação ao joelho homolateral com 4 meses de evolução e agravamento progressivo, atualmente com limitação na marcha. Apresentava-se em cadeira de rodas não conseguindo manter-se de pé, com dores intensas. O utente negava quedas ou traumatismos recentes.

Na semana anterior à consulta recorreu ao serviço de urgência do hospital da área de residência, por agravamento da dor, onde realizou radiografia ao joelho direito e teve alta com diagnóstico de gonartrose, com indicação para analgesia. Poucos dias depois deste episódio deixou de conseguir manter-se em ortostatismo.

Ao EO apresentava dor intensa na palpação do trocânter direito com dor na mobilização ativa e passiva da coxa direita. Dada a incapacidade de ortostatismo por parte do utente não foi possível uma correta avaliação da região lombar.

Perante este quadro de dor óssea intensa e incapacitante de instalação súbita, e suspeitando de uma causa neoplásica, foi solicitada a realização de uma TAC lombar, uma radiografia da bacia e coxofemoral direita.

A radiografia da bacia mostrou lesão lítica extensa na asa ilíaca direita, pelo que foi enviado ao serviço de ur-

gência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, onde realizou biópsia da lesão. Esta revelou a presença de um linfoma B difuso de grandes células do tipo centro germinativo. Atualmente encontra-se sob tratamento de quimioterapia e seguimento em consulta hospitalar.
Conclusão: O linfoma difuso de grandes células B, tipo mais comum de linfoma não-Hodgkin consiste numa patologia grave com crescimento rápido que necessita de um diagnóstico atempado para um rápido início do tratamento.
O Médico de Família (MF) é frequentemente confrontado com queixas de dores osteoarticulares por parte dos seus utentes idosos e, como tal, uma correta anamenese e caracterização da dor é fundamental para alertar o MF para a suspeita de causa maligna, facilitando um rápido diagnóstico e consequente tratamento precoce.

P 17

CANABINÓIDES NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA NO IDOSO

Ana Rita Pereira Andrade
USF Vale do Vouga

Introdução: Após a aprovação do nabiximols (Sativex®) pelo INFARMED, um número crescente de pacientes, tem procurado os canabinóides, nomeadamente o canabidiol (CBD) e o Δ9-tetra-hidrocanabinol (THC), como forma de analgesia, inclusive na doroncológica, e com o objetivo de reduzir a dose de opióides necessária para controlo da dor, bem como os efeitos adversos.
Descrição do caso: Homem de 75 anos, fumador cerca de 60 cigarros/dia até há 22 anos e gerente de importação de materiais com amianto durante 20 anos. Enviado à consulta de medicina da dor por lesão osteolítica da epífise proximal do úmero direito por carcinoma do pulmão metastizado. Por apresentar dor nociceptiva intensa persistente do membro superior direito até á mão e dor irruptiva intensa agravada pela posição e movimentos, foi medicado com fentanilo 25 mg transdérmico + fentanilo 200 mcg mg transmucoso em SOS + naproxeno 500 mg/dia. Necessidade de 4 -a 5 resgates por dia para controlo da dor irruptiva, com melhoria, mas associada a efeitos adversos intensos. Por este motivo iniciou CBD 20% (80 mg/dia) em esquema crescente. Reavaliado após 15 dias referindo melhoria da dor irruptiva, sem necessidade de resgate analgésico durante o dia, havendo uma redução da dose diurna de fentanilo de 800 – 1000 mcg/dia para apenas 25 mcg fentanilo transdérmico de 72/72h e naproxeno 500 mg em SOS em vez de fixo, com dor controlada, diminuição dos efeitos adversos, associado a noção de melhoria da qualidade de vida, e melhoria dos sintomas de ansiedade e depressão.
Discussão: O uso de opióides em idosos, por si só, parecem insuficientes no controlo da dor oncológica, dada a complexidade multifatorial da mesma e dos efeitos adversos que provocam, aliada reserva fisiológica diminuída do idoso. Além disto, os canabinóides parecem oferecer, simultaneamente, benefício no controlo da anorexia e perda de peso, náuseas e vómitos secundários á quimioterapia, bem como melhoria do estado afetivo e do humor, sendo uma opção terapêutica atraente no controlo de vários sintomas apenas com uma substância.
Conclusão: Os canabinóides parecem ser seguros e eficazes em pacientes idosos, com boa tolerabilidade e segurança, reduzindo a necessidade de doses elevadas de opióides para controlo da dor oncológica, além de se mostrarem úteis no tratamento de outros sintomas, reduzindo deste modo a polimedicação.

P 18

GASTRITE ATRÓFICA AUTOIMUNE: UM RELATO DE CASO

Luciana Costa Luísa Silva
USF Torrão, ACES Tamega III

Enquadramento: Na gastrite atrófica autoimune ocorre destruição das células parietais do corpo e fundo do estômago. A anemia perniciosa por défice de vitamina B12 é a sua principal manifestação clínica, afetando cerca de 0,1% da população geral e 2% dos indivíduos com mais de 60 anos. Contudo, trata-se de uma patologia ainda subdiagnosticada: existe um longo período assintomático seguido de manifestações inespecíficas; por vezes é instituído tratamento de anemias micro ou macrocíticas (por défices de ferro, acido fólico, vitamina B12) sem a sua investigação etiológica.
Descrição do caso: Sexo masculino, 70 anos, reformado da sua atividade na construção civil. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata. Recorreu a consulta por disgeusia, anorexia e astenia com dois meses de evolução, referindo também parestesias ocasionais dos membros. Ao exame objetivo apenas se encontrou palidez cutânea e úlcera aftosa na mucosa oral. Uma semana depois trouxe estudo analítico com anemia macrocítica hipercrómica (Hb 9g/dL; VGM 117 fL; CHCM 39g/dL) por défice de vitamina B12 (82 pg/mL), com ácido fólico e cinética do ferro sem alterações. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) com biopsias que revelaram lesões de gastrite crónica atrófica, com metaplasia intestinal presente e pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. Iniciou terapêutica com vitamina B12 intramuscular e foi referenciado a consulta de gastroenterologia, por suspeita de gastrite atrófica autoimune. O estudo foi completado com anticorpos anti-celulas parietais (positivos) e anti-fator intrínseco (negativos). Repetiu EDA para se definir a localização da atrofia e da metaplasia (biopsias desta vez em frascos separados), tendo-se encontrado atrofia ligeira e metaplasia moderada apenas no corpo e fundo gástricos.

Discussão: Sabe-se que os Ac anti-células parietais (AcPA) são mais sensíveis, enquanto que os Ac anti-fator intrínseco (AcFI) apresentam maior especificidade no diagnóstico. Em casos como este, com AcPA positivo e AcFI negativo, pode existir seroconversão com a evolução natural da doença. A identificação dos casos de gastrite autoimune é fundamental para a correta monitorização e suplementação ao longo da vida (défices de ferro ou vitamina B12), mas também pela necessidade de rastreio de doenças associadas (tiroidite autoimune, diabetes mellitus tipo 1) e pela existência de risco acrescido de neoplasia gástrica.

P 19

NÃO FECHAR OS OLHOS À ATROFIA VULVOVAGINAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Seabra; Luísa Camacho Fernandes; Maria João das Neves
ACeS Grande Porto II - Gondomar

Introdução: A atrofia vulvovaginal é uma condição crónica e dependente da idade, que surge como consequência do défice de estrogénios após a menopausa. Na ausência de tratamento, esta situação pode levar a disfunção sexual progressiva e problemas uroginecológicos graves. O Médico de Família, pela maior relação de proximidade que tem com os seus utentes, e pela elevada frequência com que esta patologia surge nos Cuidados de Saúde Primários, encontra-se numa posição privilegiada para diagnosticar e tratar este tipo de situações.

Caso clínico: Relata-se um caso de uma mulher de 67 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia medicada com atorvastatina 10 mg e patologia osteoarticular. Registo de menopausa aos 55 anos, sem utilização de terapêutica hormonal de substituição. Recorre a consulta agendada com o seu Médico de Família após episódios de infecções do trato urinário de repetição, desde há cerca de 1 ano, sem registo de antibiograma. Apresentava novamente queixas de poliaquiúria e disúria, sintomatologia sem resolução após antibioterapia anteriormente instituída. Associadamente, relatava queixas de dispareunia e secura vaginal. Ao exame ginecológico foi observada atrofia vaginal, com paredes vaginais esbranquiçadas, sem superfície rugosa. Realizou tira-teste urinária, que revelou pH 6.5, sem outras alterações. De acordo com o quadro clínico apresentado, foi-lhe prescrita terapêutica com estrogénios tópicos, associada a hidratante vaginal. Posteriormente, apresentou melhoria importante da sintomatologia inicialmente apresentada.

Conclusão: A atrofia vulvovaginal afeta 50 a 60% das mulheres no período pós-menopausa. As alterações hormonais, nomeadamente o hipoestrogenismo inerente à menopausa, levam à sintomatologia associada a esta condição: secura, ardência, prurido e desconforto vaginal, disúria, dispareunia e hemorragia durante e/ou após relação sexual. Todas estas manifestações reduzem significativamente a qualidade de vida destas mulheres, no entanto, apenas 25% recebem tratamento adequado. Este facto deve-se à menor procura de cuidados de saúde por estas queixas, não só por se tratar de um assunto mais sensível, mas também por ser muitas vezes encarado como parte integrante do envelhecimento. O tratamento deve ser iniciado precocemente e deve ser mantido ao longo do tempo devido à sua cronicidade. Existem várias opções terapêuticas disponíveis, devendo esta ser individualizada, tendo em conta as preferências de cada mulher.

P 20

CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIMINUIÇÃO DO RISCO DE DEMÊNCIA: QUE EVIDÊNCIA?

Inês Santos Silva; Catarina Calheno Rebelo; Tiago Sousa
USF Ars Médica, ACES Loures-Odivelas; USF Oceanos, ACES Matosinhos; USF São João do Porto, ACES Porto Ocidental

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é um problema prevalente na população portuguesa, sendo um fator de risco cardiovascular (FRCV) e cerebrovascular bem estabelecido. Nos últimos anos tem sido investigado o seu papel no desenvolvimento de declínio cognitivo, doença de Alzheimer e demência vascular. No entanto, encontra-se ainda por determinar o papel da otimização do controlo tensional na redução da incidência do declínio cognitivo e demência.

Objetivo: Determinar se o controlo da pressão arterial (PA) permite reduzir o risco de demência em indivíduos hipertensos.

Métodos: Estudo de revisão não sistemática. Em maio de 2019 foi realizada uma pesquisa na *Pubmed* e *Cochrane Library*, utilizando os termos *MeSH: Hypertension* e *Dementia*. De um total de 252 artigos, foram selecionados 28 artigos, em língua inglesa, publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: Existe evidência da associação entre HTA na idade adulta (5ª e 6ª décadas) e o declínio cognitivo que se manifesta em idades mais avançadas, sendo esta associação menos consistente quando a HTA é diagnosticada em idades mais tardias. Alguns estudos evidenciaram uma associação positiva entre o controlo intensivo da HTA (PA sistólica < 120 mmHg) e prevenção do risco de demência, contrariamente a outros que sugeriam que esta medida pudesse provocar prejuízo cognitivo.

Foram identificados FRCVs potencialmente modificáveis que, quando controlados de forma combinada, têm um potencial preventivo substancial do declínio cognitivo.

Todas as classes de fármacos anti-hipertensores mostraram benefício na diminuição do declínio cognitivo, embora com diferenças na redução do risco de demência.

Os bloqueadores de canais de cálcio e os antagonistas do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) parecem ser os mais promissores.

Discussão e conclusão: O controlo da HTA aparenta ter um papel importante na diminuição do risco de demência se o tratamento anti-hipertensor adequado for iniciado em idades mais precoces, particularmente os bloqueadores de canais de cálcio e inibidores do SRAA. Adicionalmente, os restantes fatores de risco cardiovascular devem ser avaliados, controlados e tratados, contribuindo para a prevenção do declínio cognitivo e demência.

P 21

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO CUIDADOR DO IDOSO COM DOENÇA NEURODEGENERATIVA - ESTUDO DE CASO

Rita Santos Silva; Ana Guedes; Ana Luísa Gonçalves; Carlos Rodrigues; Marco Vieira; Isabel Galriça Neto
Hospital da Luz

Introdução: O processo de envelhecimento e as mudanças inerentes no idoso vulnerável com doença crónica progressiva, exigem do cuidador informal um esforço físico e psicológicos acrescidos, desafiando a equipa interdisciplinar a intervir ativamente na prestação de cuidados de saúde que visam a promoção da qualidade de vida.

A promoção da esperança é uma estratégia que se inclui nas abordagens a utilizar neste contexto, fazendo-o através da prestação de um trabalho em equipa, e também com os cuidadores, através de intervenções como, entre outras, estar disponível, saber escutar, responder a questões, partilhar a tomada de decisões. Isso permite-lhes encontrar as suas próprias soluções, utilizar mecanismos de adaptação e descobrir os seus próprios recursos, reforçando a manutenção dos autocuidados e confiança no desempenho do seu papel.

Objetivos: Descrever o caso clínico de uma idosa de 70 anos com diagnóstico de doença de Alzheimer com 2 anos de evolução, internada numa unidade de Cuidados Paliativos (CP), por heteroagressividade, aumento da dependência e sobrecarga do cuidador, com particular ênfase no apoio a ele prestado e nas intervenções promotoras de esperança no cuidador.

Material e métodos: Estudo de Caso.

Resultados: Ao longo do internamento foi possível promover activamente a esperança no cuidador através das seguintes intervenções: optimização do controlo sintomático, expressão e controlo das emoções; revisão de memórias positivas/ memórias moralizantes; encorajar do "desligar a mente"/pensar em outras coisas; atribuição de sentido/significado ao momento presente; viver o presente/viver o dia a dia/um dia de cada vez; manutenção de relações positivas com os profissionais de saúde; assistência ao cuidador na reformulação de objetivos e metas, e providenciar informação sobre aspetos relacionados com o papel de cuidador.

Discussão/Conclusões: Os autores evidenciam que a promoção da esperança no cuidador informal pela equipa interdisciplinar constitui uma intervenção estruturada, e também uma mais-valia inovadora e complementar, com benefícios quando integrada no plano de cuidados e no apoio prestado. Como tal, sugerem que a equipa interdisciplinar responsável pelos cuidados ao idoso e seu cuidador deverá adquirir competências que permitam implementar estratégias promotoras de esperança.

P 22

HIPONATREMIA NO IDOSO: O AGENTE INSIDIOSO DE FRATURA?

Luís Garcia; Maria Lucas; Ana Magalhães; Sofia Belo; Susana Barrambana
USF Santiago de Palmela USF Afonsoeiro

Introdução: As fraturas patológicas são um agente importante de morbimortalidade na população geriátrica. São vários os fatores predisponentes, desde idade avançada a instabilidade da marcha ou alterações do estado de consciência. Porém, literatura recente mostra haver associação entre a ocorrência de fraturas ósseas e outra condição frequente nesta faixa etária: hiponatremia. Define-se hiponatremia como a existência de concentrações séricas de sódio inferiores a 135mEq/L, situação que acomete cerca de 20% dos idosos residentes em lar e 10% do total de idosos na comunidade.

Objetivos: Expor a associação fisiopatológica entre hiponatremia e o desenvolvimento de fraturas patológicas em geriatria. Abordar as principais etiologias de hiponatremia no idoso, bem como a atitude a seguir por parte do médico de família.

Material e métodos: Revisão clássica da literatura com pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, normas de orientação clínica e artigos de revisão, nas bases de dados *Pubmed* e *Cochrane Library*, em inglês, publicados nos últimos 5 anos. Utilizaram-se os termos *MeSH Hyponatremia*, *Frailty* e *Bone fractures*.

Resultados: A hiponatremia crónica leva a perda óssea via dois mecanismos – estimulação direta de osteoclastos e aumento do *stress* oxidativo. Esta redução da qualidade óssea, associada a alterações na marcha, facilita a ocorrência de fraturas na população idosa. São vários os fatores indutores de hiponatremia no doente geriátrico, a destacar o consumo de fármacos tiazídicos.

Conclusões: Estudos observacionais mostram existir uma associação entre hiponatremia crónica e ocorrência de instabilidade da marcha, quedas e fraturas patológicas. Porém, ainda não é possível assumir hiponatremia crónica como fator de risco para fraturas patológicas, pelo que serão necessários mais estudos

acerca do efeito corretor da natremia na matriz óssea. Não havendo atualmente indicação para rastreio populacional de hiponatremia, recomenda-se monitorização da natremia em utentes com fatores de risco prévios de fraturas ósseas. Por tratar-se de uma alteração analítica comummente assintomática (70 a 80% dos casos), poderá justificar-se uma maior atenção por parte do médico assistente perante utentes com risco estabelecido prévio de desenvolvimento de fraturas ósseas patológicas.

P 23

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE CARDIOVASCULAR E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM EXCESSO DE PESO E OBESAS, COM 60 OU MAIS ANOS

António Costa de Carvalho; Manuel Teixeira Veríssimo; Raúl Agostinho Simões Martins; Polybio Serra e Silva
USF Trilhos Dueça - Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra/Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE - Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra

Introdução: A qualidade de vida e a independência funcional em todas as suas vertentes das pessoas idosas deve ser uma prioridade na sociedade atual.
Objetivo: Avaliar o efeito da atividade física na qualidade de vida e em variáveis morfológicas e metabólicas associadas com o risco cardiovascular, em pessoas com excesso de peso e obesidade, com idade de 60 ou mais anos.
Métodos: Aplicou-se um programa de atividade física (PIAF®) de 4 sessões semanais, com duração de uma hora e trinta minutos, durante 8 semanas. Houve também uma sessão semanal de educação para a saúde. Participaram 47 mulheres e 20 homens, com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 24,9 kg/m2 e com idades compreendidas entre 60 e 81 anos (66,1 ± 5,3 anos). No início e no final do programa, foram determinados parâmetros antropométricos (massa corporal, estatura, IMC, perímetros abdominal, da cintura e da anca, relação cintura/anca e percentagem de massa gorda), metabólicos (colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL e triglicerídeos), hemodinâmicos (pressão arterial sistólica - PAS, pressão arterial diastólica - PAD, e frequência cardíaca em repouso), de qualidade de vida (*Short-Form Health Survey* - SF-36) e de aptidão física (Teste de caminhada de 6 minutos - TC6 e VO2 Pico). A análise estatística incluiu o teste *t-student* para amostras emparelhadas, com nível de significância $p < 0,05$, e análise descritiva - média, desvio padrão, mínimo e máximo. Resultados: Massa corporal e IMC diminuíram de modo muito significativo ($p < 0,001$), verificando-se também redução não significativa dos valores do perímetro abdominal ($p = 0,112$), da percentagem de massa gorda ($p = 0,176$) e da relação cintura/anca ($p = 0,579$). Os parâmetros hemodinâmicos apresentaram uma redução sem significado estatístico, quer da PAS ($p = 0,622$) quer da PAD ($p = 0,383$). A qualidade de vida geral ($p = 0,036$), a dimensão da saúde física ($p = 0,028$) e a dimensão da saúde mental ($p = 0,042$) melhoraram significativamente. A aptidão física, avaliada pelo TC6 e VO2 Pico, teve também incremento significativo ($p = 0,003$). Conclusão: A frequência de programas de atividade física por idosos como o modelo do PIAF® melhora a perceção da qualidade de vida em geral, particularmente as vertentes física e mental, bem como a aptidão física funcional, para além de reduzir a massa corporal e o IMC. No entanto, sugere-se uma ação de acompanhamento regular e interdisciplinar e avaliações faseadas, visto que a população idosa carece de necessidades específicas.

P 24

O PAPEL DO UTENTE NA TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA

André Jordão; Maria Sousa Sias; Ana Clara Alves
USF Sol

Introdução: A medicina centrada no paciente é cada vez mais considerada como paradigma para cuidados de saúde de alta qualidade. Procura-se compreender o utente no seu contexto psicossocial, garantir que entenda a sua doença e participe na decisãoterapêutica.
Descrição do caso: BMJP, com 91 anos, residente em lar, viúva e com filhos, dependente nas actividades de vida diária, sem alterações cognitivas, com antecedentes de doença renal crónica G4 A3; diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca NYHA III/IV, fibrilhação auricular, dislipidémia, anemia ferropénica, incontinência urinária e patologia osteodegenerativa. No dia 09/04/2019 foi feita visita domiciliária pela equipa de família. A utente queixava-se de náuseas, obstipação e sufusões hemorrágicas nos MI's, referindo que tinha tido consulta de Nefrologia tendo-lhe sido proposta hemodiálise. Sentindo-se devidamente esclarecida, a utente referiu que não pretendia a terapêutica de substituição renal e aceita prestação de cuidados paliativos domiciliários. A utente foi referenciada para apoio pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) que concorda com a proposta de articulação entre as equipas prestadoras de cuidados, sugerindo a simplificação terapêutica (nomeadamente parar o ácido acetilsalicílico para reduzir as sufusões hemorrágicas, parar o ferro oral para reduzir as náuseas e obstipação e passar a fazer a furosemida em via subcutânea). A 14/05/2019 foi à consulta de Nefrologia e a colega envia carta pela utente recusando todas as propostas sugeridas, com a argumentação de ser necessário reduzir o risco de AVC cardioembólico e de evitar agravamento

da anemia ferropénica. A utente ficou em dilema, "sem querer desagradar ninguém" sic. Explicámos à utente a nossa proposta terapêutica e por agravamento dos edemas dos MI, com sufusões hemorrágicas extensas, a utente aceitou a terapêutica subcutânea de furosemida, tendo redução franca dos edemas e melhoria do estado cicatricial das sufusões hemorrágicas.

Conclusão: Este caso reforça a dificuldade em implementar um plano terapêutico único, ajustado às necessidades e preferências do utente, quando este tem multipatologia, múltiplas comorbilidades e é acompanhado por várias especialidades médicas. O médico de família deve assumir o papel primordial de gestor desses cuidados e advocacia do paciente.

P 25

INTERVENÇÕES PARA A DESPRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM IDOSOS

Patrícia Pimentel Borges; Ana Carolina C. Marques; Ana Filipa Fernandes
USF D. Sancho I USF Vale do Sorraia

As benzodiazepinas (BDZ) são fármacos amplamente prescritos no tratamento das perturbações do sono e da ansiedade. Os fármacos "Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos" continuam a ser a 3ª classe terapêutica com maior utilização em Portugal. Associam-se a vários efeitos adversos a curto e longo prazo, sendo os idosos o grupo populacional mais suscetível aos mesmos. Devido à sobrevalorização da sua eficácia e desvalorização dos seus efeitos adversos, assistimos a um elevado consumo destes fármacos, acarretando um importante potencial para tolerância, dependência e risco de interações. A desprescrição pode ser definida como a cessação, supervisionada por profissionais de saúde, de medicação inapropriada, por forma a diminuir efeitos adversos e a melhorar *outcomes.*

Objetivo: Avaliar a eficácia das diferentes intervenções para a desprescrição da toma de BDZ.

Pesquisa bibliográfica de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), metanálises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC), nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola nas bases de dados *National Guideline Glearinhouse*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *National Institute for Health and Care Excellence*, *Cochrane Library*, *DARE*, *Pubmed, Bandolier* e *TRIPdatabase*. Foram utilizados os seguintes termos *MeSH benzodiazepines*, *deprescribing* e *aged*. Para avaliação do nível de evidência (NE) e atribuição de forças de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT).

Da pesquisa bibliográfica efetuada resultaram 125 artigos tendo sido excluídos 112 por não se encontrarem no âmbito da revisão e 8 por serem repetidos. Dos 5 incluídos, após a sua leitura integral, foram excluídos 2 e consideram-se 2 ECAC (NE 1 e NE 2) e 1 RS (NE 2). Nos estudos observados existe a evidência de que o sucesso da desprescrição de BDZ tem maior impacto quando se associa ao acompanhamento por um profissional de saúde com componente educacional e motivacional do doente.

Conclusão: Todos os estudos demonstram efeito benéfico do acompanhamento por profissional de saúde com apoio psicológico e educação do doente na desprescrição de BDZ (Força de Recomendação B). Os estudos levantam algumas preocupações quanto à sua metodologia bem como a existência de grande heterogeneidade nos outcomes (intervenção educacional/motivacional versus substituição farmacológica), pelo que se sugere a realização de estudos mais robustos e orientados para as diferentes intervenções.

P 26

OS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA TAMBÉM PRECISAM DE CUIDADOS!

Margarida João Vardasca Inês Castelão Ferreira
USF Ramada

Introdução: O conceito de demência descreve um conjunto de sinais e sintomas associados a um grupo de doenças que causam um declínio cognitivo e funcional do indivíduo. A demência afeta sobretudo as pessoas idosas, sendo que a sua prevalência está em crescendo. Dados recentes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) referem que Portugal é o quarto país com mais casos de demência por mil habitantes, sendo que se estima que até 2037 existam 322 mil casos em Portugal. Nesse sentido, e numa altura em que tanto se debate o estatuto do cuidador informal, os seus direitos e deveres, é importante refletir sobre as dificuldades e necessidades daqueles que prestam auxílio aos idosos com demência.

Objetivos: Este trabalho pretende apresentar uma revisão clássica sobre as dificuldades e necessidades dos cuidadores informais de idosos com demência.

Material e métodos: Pesquisa de artigos científicos em bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, recomendações e normas, nas línguas portuguesa e inglesa, com os termos *MeSH: informal caregivers, older people, dementia.*

Resultados: Na maioria dos casos, o cuidador informal é alguém que está muito próximo do idoso, habitualmente cônjuges ou filhos, havendo uma ligação emocional entre ambos. Existem aspetos positivos associados ao ato de cuidar, podendo esta experiência ser muito gratificante. No entanto, os cuidadores informais de pessoas com demência têm um grande risco de sobrecarga so-

cial, emocional e física, o que pode condicionar uma redução importante na sua qualidade de vida. Os estudos mostram que cuidar de pessoas com síndromes demenciais tem consequências negativas para a saúde física e mental dos cuidadores, sendo que os estudos destacam a importância da sua assistência. A forte componente afetiva que une cuidador e doente está também associada aos sintomas depressivos muitas vezes manifestados pelos cuidadores.

Discussão/Conclusões: É urgente que se adotem medidas de apoio aos cuidadores informais de idosos com demência. Devem ser implementadas intervenções, nomeadamente, serviços de apoio domiciliário de forma a reduzir a sobrecarga dos cuidadores, permitindo que estes tenham uma experiência mais positiva e que as pessoas com demência permaneçam mais tempo no seu lar.

P 27

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO IDOSO – UMA REALIDADE MAIS PRÓXIMA DO QUE IMAGINAMOS

Inês Beatriz Clemente Casinhas
USF Conde da Lousã (ACES Amadora)

Introdução: Segundo a OMS, a terceira idade tem início por volta dos 65 anos associada socialmente à idade da reforma. Os indivíduos idosos tendem a viver uma vida social mais restrita e o apoio familiar próximo torna-se essencial para a sua saúde física e mental.

O termo «abuso da pessoa idosa» encontra-se definido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde como a "ação ou omissão, intencional ou não, da qual resulta sofrimento desnecessário, lesão, dor, a perda ou a violação dos direitos humanos, e consequentemente uma diminuição da qualidade de vida do idoso".

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 73 anos, viúva, reformada, independente para as AVDs; vive em casa com o filho de 45 anos.

A doente recorre à consulta em outubro de 2018 por ansiedade, choro fácil, anedonia e tristeza acentuada desde há 6 meses. Não associava as queixas a nenhum fator precipitante, apesar de ter referido que o filho estava a viver na sua casa há 8 meses. O exame objetivo estava normal e durante a consulta a doente teve um episódio de choro, onde foi feita escuta ativa e foi marcada nova consulta para dentro de uma semana para reavaliação. A doente recusou qualquer tipo de medicação.

Nas consultas subsequentes a sintomatologia mantinha-se e a doente referia frequentemente o assunto da ida do filho para sua casa. Por conseguinte, foi feita uma avaliação familiar tendo-se percebido que desde que o marido faleceu, a doente apenas tem como familiar próximo o filho com quem vive agora, que está desempregado, consome heroína e com quem tem uma relação conflituosa. Apenas após várias consultas é que a doente conseguiu verbalizar que sofria violência física, psicológica e financeira por parte do filho.

O caso foi reportado às autoridades respetivas e a doente encontra-se com acompanhamento da assistente social e psicóloga, bem como das consultas de medicina geral e familiar.

Discussão: A violência doméstica no idoso está associada a depressão, isolamento social, sentimentos de perda e exclusão, bem como a comprometimento cognitivo e aumento da mortalidade. A doente referida manifestou dificuldade na denúncia devido a possíveis represálias, como o aumento da violência, a institucionalização, a perda de liberdade, assim como sentimentos de culpa e vergonha.

Os profissionais de saúde que lidam com idosos têm a oportunidade de detetar precocemente os fatores de risco e sinais de alerta e têm a obrigação legal e moral de identificar as vítimas e intervir quando há suspeita de violência.

P 28

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

Vânia F. Teixeira; Carla Silva
Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar

Introdução: Cerca de 1/3 da população idosa consume 5 ou mais fármacos de forma crónica. O maior consumo de fármacos, relacionado com uma maior prevalência de doenças crónicas, a variabilidade individual associada à idade e as diferenças relacionadas com as alterações farmacocinéticas/farmacodinâmicas expõem o doente idoso a um risco maior de consumir medicação potencialmente inapropriada(MPI).

Objetivos: Estudar a prevalência da polimedicação dos idosos internados na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital–Escola da Universidade Fernando Pessoa, caraterizar a sua medicação crónica e determinar a prevalência da MPI.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal. Foram incluídos os doentes com idade ≥ 65 anos, internados a 31/03/19. As variáveis estudadas foram o género, idade, diagnóstico principal, nº de fármacos por classe farmacológica e identificação da MPI. Definiu-se polimedicação como o tratamento com 5 ou mais fármacos e MPI como o uso de fármacos considerados inadequados segundo os critérios de Beers – 2019. Os dados foram recolhidos através da consulta do processo clínico eletrónico do doente. Foi utilizado o programa Excel®.

Resultados: De um total de 70 doentes, 58 (82,9%) tinham idade ≥ 65 anos, sendo a maioria mulheres (74,1%). A idade média foi de 79,8 ± 8,9 anos. Cerca de 45% dos doentes estavam internados para cui-

dados de reabilitação e/ou manutenção após AVC. Os restantes diagnósticos que motivaram o internamento incluíam: fraturas (12%), demência (12%); sequelas de TCE (10%); miopatia de desuso (10%); e outros (11%), tais como neoplasias e úlceras de pressão. O consumo médio de fármacos foi de 8,7 ± 3,1. A prevalência de polimedicação (≥ 5 fármacos) foi de 96,6% (< 5: 3,4%; entre 5 a 10: 74,2% e >10: 22,4%). As 5 classes farmacológicas mais prescritas foram os antidepressivos (69,0%), antihipertensores (65,5%), ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos (55,2%), laxantes (53,4%) e antidislipidémicos (37,9%). Segundo os critérios de Beers, 87,9% dos doentes apresentavam pelo menos uma MPI, sendo a maioria benzodiazepinas (55,2%).

Discussão/Conclusões: A prescrição de fármacos, polimedicação e MPI foi muito elevada na população estudada. A polimedicação é o fator mais importante relacionado com a prescrição de MPI pelo que o uso de ferramentas que auxiliem na identificação da mesma, a revisão terapêutica frequente e a "desprescrição" são fundamentais na abordagem do doente idoso e contribuem para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados.

P 29

PAPEL DO LICOPENO NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CANCRO DA PRÓSTATA – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Filipa Fernandes; Ana Carolina C. Marques; Patrícia Pimentel Borges
USF Vale do Sorraia USF D. Sancho I

Introdução: O cancro da próstata (CP) é o segundo cancro mais comum nos homens e é a quinta causa de morte relacionada com cancro. O seu desenvolvimento é complexo e influenciado por fatores genéticos, hormonais e ambientais, onde se inclui a dieta. Os carotenoides são um grupo de nutrientes associados a propriedades de quimioprevenção, dos quais o licopeno (LP) faz parte. O LP está presente em vegetais e frutas, dos quais se destacam os tomates, e tem propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e anti-proliferativas. Recentemente, alguns estudos sugeriram a eficácia do LP na prevenção primária do CP.

Objetivos: Determinar qual é a evidência do LP na prevenção primária do CP.

Material e métodos: Foram utilizados os motores de busca da *PUBMED, Cochrane Library, TRIP Database, DARE, Nacional Guidelines ClearingHouse, Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase, NICE Evidence Search, BMJ Evidence Based Medicine* e *Bandolier* para pesquisa de *guidelines*, meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e estudos observacionais (EO). Foram selecionados os artigos de língua inglesa, portuguesa ou espanhola, publicados entre 1 de Janeiro de 2014 e 30 de Abril de 2019, utilizando os termos *MeSH lycopene, prostatic neoplasms, primary prevention* e *risk*. Para atribuição dos níveis de evidência (NE) e força de recomendação foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy da American Academy of Family Physician*.

Resultados: A pesquisa bibliográfica efetuada resultou na identificação de 76 artigos tendo sido excluídos 15 por serem repetidos e 45 por não se encontrarem no âmbito da revisão. Dos 16 incluídos, após leitura integral dos artigos, foram excluídos 8 e consideram-se 1 RS (NE 2), 4 RS com MA (NE 2) e 3 EO [1 coorte (NE 1) e 2 casos-e-controlos (NE 2)]. Na maioria destes (7 estudos), o LP demostrou uma associação inversa, estatisticamente significativa, entre o seu consumo e o risco do CP. Nalguns estudos foi demonstrada que essa associação inversa é tanto maior, quando maior a exposição/ concentração de LP.

Discussão: Grande parte dos estudos que atribuem efeito benéfico do LP na prevenção primária do CP levantam algumas preocupações quanto à sua metodologia, pelo que a evidência disponível não permite suportar com robustez a sua recomendação para o uso indiscriminado nos homens, atribuindo-se Força de Recomendação B. Assim sugere-se a realização de estudos mais robustos, nomeadamente ECAC.

P 30

PATOLOGIA VASCULAR PERIFÉRICA NO FIM DE VIDA - UM DESAFIO MÉDICO E FAMILIAR

João Pedro Neto; Cláudia Alexandra Silva; Helena Duarte
USF Montemuro

Enquadramento: a patologia vascular periférica é uma das consequências de uma série de patologias extremamente prevalentes na nossa população idosa, como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca. Estas contribuem para o desenvolvimento das patologias venosa e arterial, que constituem dois pontos importantes de morbilidade neste grupo etário, muitas vezes de difícil abordagem clínica e com necessidade de apoio familiar estruturado.

Descrição do caso: utente do sexo masculino, com 83 anos de idade, caucasiano, independente para as atividades de vida diária e que vivia em casa com condições precárias, nomeadamente no que concerne ao aquecimento, contra a vontade dos filhos. Apresentava antecedentes de diabetes mellitus-tipo 2, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca crónica, fibrilhação auricular, insuficiência venosa crónica, doença arterial periférica, anemia ferropénica crónica e hiperplasia benigna da próstata. O utente era acompanhado em consultas do-

miciliárias, desde há 1 ano e 4 meses, para cuidados de penso dirigidos a uma úlcera venosa no membro inferior direito, cujo desenvolvimento foi sendo controlado semanalmente, assim como em consultas presenciais na sua Unidade de Saúde Familiar, dirigidas às restantes patologias, registando uma estabilização clínica mais prolongada após a mudança para a casa de uma filha. Apesar desta melhoria sustentada, depois de um episódio de descompensação da insuficiência cardíaca, o utente desenvolveu nova úlcera venosa, agora no membro inferior esquerdo, que, num período de 1 mês, provocava uma dor intensa e, 3 meses depois, já impedia a deambulação, sendo acompanhada de necrose do 5º dedo e calcanhar esquerdos, com isquemia dos restantes dedos homolaterais. Isto obrigou a cuidados de penso mais regulares e a constantes ajustes da terapêutica anticoagulante e analgésica. Durante este períodos, o utente recorreu várias vezes ao serviço de urgência, tendo, na última vez, sido aconselhado o tratamento domiciliário paliativo, com a necessidade de controlo farmacológico de alguns períodos de agitação psicomotora.

Discussão: Quando a evolução da patologia vascular periférica (venosa e/ou arterial) entra no seu curso inexorável, acompanhada por uma evolução semelhante de outras patologias de base, mesmo que com um curso acelerado, importa garantir o conforto necessário ao utente para que, tanto este como a sua família, possam lidar com as diferentes comorbilidades da melhor maneira possível.

P 31

SERÁ DEMÊNCIA OU PERTURBAÇÃO DA ACUMULAÇÃO? RELATO DE CASO

Ana Lúcia R. Costa; João Alcafache
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Atualmente a síndrome de Diógenes (SD) apresenta um interesse crescente no âmbito social e de saúde pública e também na investigação clínica. É uma síndrome caracterizada por descuido com a higiene pessoal e habitacional extremos, isolamento social progressivo, que ocorre mais frequente nas mulheres com mais de 60 anos que vivem sozinhas, frequentemente acompanhado do comportamento de acumulação de objectos, lixo e/ou animais. A ausência de autocrítica para o problema é factor determinante na recusa de qualquer tipo de apoio. Apesar de serem identificadas algumas etiologias subjacentes a esta síndrome, nenhuma explica integralmente a complexidade associada ao quadro, no entanto a demência frontotemporal é descrita como principal fator explicativo da SD.

Descrição de caso: Mulher de 77 anos, solteira, a viver sozinha, desde o seu divórcio aos 55 anos. Completou o 3ª ano de escolaridade aos 13 anos. Com antecedentes de internamento prévio no serviço de Psiquiatria em 2002, com diagnósticos de saída de oligofrenia leve, perturbação da conduta e escabiose. Sem antecedentes médico-cirúrgicos. No presente ano, foi trazida ao SU acompanhada por agentes da autoridade com mandado de condução ao abrigo da Lei de Saúde Mental, fazendo-se acompanhar de informação de Delegada de Saúde que relata estado geral debilitado, extrema falta de condições de higiene e habitabilidade no seu domicílio que partilhava com lixo acumulado e vários animais, alguns deles doentes. A doente, com total ausência de autocrítica, desconhece o motivo pelo qual terá sido encaminhada ao SU. Nesse contexto ficou internada no mesmo hospital.

Discussão: A SD tem sido alvo de uma atenção crescente não só devido ao seu grande impacto para o próprio indivíduo e comunidade, mas também por estar associado a um aumento potencial da morbilidade e mortalidade. O aumento da expectativa de vida e consequente maior número de idosos que vivem sozinhos significa que nossa sociedade será provavelmente confrontada com mais casos desta síndrome, sendo por isso, de extrema importância a sinalização e identificação dos casos com risco aumentado com definição de um plano de atuação sem nunca esquecer o contexto psicossocial do doente, valorizando as suas preocupações nunca esquecendo o seu contexto de vida através duma visão holística do mesmo.

P 32

Trabalho retirado.

P 33

TOXIDERMIA ASSOCIADA AO FEBUXOSTATO

Sónia Reis Santos; Mafalda Miranda
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: As toxidermias representam distúrbios dermatológicos, potencialmente graves e ameaçadores da vida, caracterizados por lesões eritematosas expansivas, necrotizantes, envolvendo a epiderme e membranas mucosas. Resultam maioritariamente da iatrogenia medicamentosa, infeções, culminando em lesões descamativas da superfície cutânea, aumentando o risco de sépsis e morte.

Caso Clínico: Homem de 82 anos, parcialmente dependente nas AVD, com múltiplas comorbilidades e polimedicado. Recorre ao serviço de Urgência por quadro de eritema generalizado e exuberante com predomínio na região do tronco, associado a descamação epiderme e prurido com uma semana de evolução. As lesões cutâneas tiveram início uma semana após a toma de Febuxostato 80 mg (terá tomado 14 comprimidos), in-

troduzido na tabela terapêutica do doente após crise de gota. Noção de diminuição da diurese e agravamento dos edemas periféricos.
Cumpriu corticoterapia tópica e sistémica ao longo do internamento, tendo sido objetivada uma franca melhoria das lesões cutâneas.
Em D5 de internamento, por febre e agravamento dos parâmetros inflamatórios, foi colhido rastreio sético que revelou: ITU e bacteriémia por *E. coli* multissensível. Após antibioterapia com Ceftriaxone, observada melhoria do estado clínico e dos parâmetros analíticos.
No contexto da intercorrência infeciosa, observou-se, igualmente, agravamento da função renal e cardíaca que reverteram ao estado basal após otimização da terapêutica diurética.
À data de alta, pela hiperuricémia 12 mg/dl e antecedentes de crises de gota, optou-se pela iniciação de Alopurinol (após contacto do Serviço de Imunoalergologia).
Discussão: O caso descrito enquadra-se no diagnóstico de toxidermia iatrogénica farmacológica, na medida em que as lesões surgiram nas primeiras quatro semanas após a introdução do novo fármaco. O Febuxostato corresponde a um inibidor da xantina oxidase aplicado no tratamento das hiperuricémias, sendo mais eficaz na redução do ácido úrico comparativamente ao Alopurinol 300mg. As reações cutâneas são exemplo das reações adversas do fármaco, embora as alterações dos parâmetros da função hepática constituam as complicações mais comuns.
Com este caso, reforçamos a importância das comorbilidades e da medicação dos doentes crónicos aquando da iniciação de novos agentes terapêuticos, que deve ser regida em função da relação risco/benefício para o doente.

P 34

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO NO DELIRIUM: UMA NECESSIDADE URGENTE.

Paulo Almeida[1]; Raquel Sosa[2]; Ana Araújo[1];
Carlos Verdejo Bravo [2]
[1]CHBV, Aveiro, Portugal; [2]HCSC, Madrid, Espanha

Introdução: O delirium é um distúrbio da atenção e consciência, de início agudo e curso flutuante. Frequentemente subdiagnosticado e subvalorizado, é uma das síndromes geriátricas mais frequentes, afetando cerca de 30% dos idosos durante o internamento.
Objetivos: Analisar a efetividade de uma intervenção multidisciplinar e integrada na prática clínica diária na prevenção, melhoria da abordagem diagnóstica e terapêutica e na redução da incidência do delirium durante o internamento num serviço de Medicina Interna (SMI).
Material e métodos: Propõe-se a realização de um estudo longitudinal e prospetivo num SMI. Serão incluídos todos os doentes com mais de 65 anos internados no SMI durante o estudo. A primeira fase decorrerá durante 2 meses e consistirá no preenchimento de um questionário sobre os principais fatores etiológicos e de risco e o tratamento utilizado nos doentes com delirium, avaliando-se a situação atual do diagnóstico e tratamento. Na segunda fase, apresentar-se-á os resultados e proceder-se-á à criação de um Protoloco de Intervenção no delirium (PID), realizando ações de formação aos profissionais de saúde. Na terceira fase, aplicar-se-á o PID e colher-se-á as mesmas variáveis durante um período homólogo da primeira fase. Análise estatística com SPSS.
Resultados: O PID consiste em 6 etapas: a sinalização permitirá a identificação dos fatores de risco de delirium à admissão no internamento a fim do estabelecimento do risco de delirium e da adoção de medidas de prevenção; a prevenção refere-se ao desenvolvimento de medidas na enfermaria e no contacto com o doente que diminuam o delirium; a terceira etapa refere-se ao diagnóstico e pressupõe o seu reconhecimento precoce por todos os profissionais de saúde; a investigação permitirá a confirmação do diagnóstico, a exclusão de diagnósticos diferenciais, a classificação do tipo de delirium e a identificação da sua etiologia; na etapa do tratamento, o PID identificará os fármacos e as vias de administração mais apropriadas; por fim, a monitorização refere-se à explicação do diagnóstico à família e ao seguimento do doente alertando para as possíveis complicações.
Discussão/Conclusão: O delirium associa-se ao aumento do tempo de internamento e do risco de deterioração cognitiva e funcional, institucionalização e mortalidade. Assim, impõe-se a criação de protocolos de atuação que aumentem o seu reconhecimento, previnam o seu desenvolvimento e melhorem a sua abordagem terapêutica e orientação.

P 35

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS AGUDOS NO DOENTE IDOSO COM RECURSO A INSUFLAÇÃO-EXSUFLAÇÃO MECÂNICA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Andreia Amaral, Pedro La Féria, Salvador Morais Sarmento, Dina Pita, Sofia Mateus,
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

A insuflação-exsuflação mecânica (*cough assist*), é uma técnica que promove a mobilização das secreções através da aplicação de pressão positiva na via aérea alternada com pressão negativa. A sua utilização está descrita e prevista em várias patologias do foro neuromuscular, na doença respiratória crónica e na reabilitação respiratória do doente crítico. O doente idoso internado em enfermaria por doença respiratória aguda não é previsto como alvo desta terapêutica.
Doente de sexo masculino, 71 anos, com história relevante conhecida de infeções respiratórias de repetição

e de acidente vascular cerebral isquémico, mantendo hemiparesia esquerda sequelar estando acamado. Encontrava-se institucionalizado na rede nacional de cuidados continuados integrados após internamento por infeção respiratória. Foi admitido no serviço de Urgência por prostração, febre e polipneia, verificando-se no exame objetivo a necessidade de oxigenoterapia (máscara de alto débito a 15L/min) e a auscultação pulmonar tinha roncos e apagamento do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Da investigação destaca-se leucocitose neutrofilica, elevação da proteína C reativa e a radiografia torácica demonstrava condensação e atelectasia parcial do lobo inferior esquerdo. Foi internado por pneumonia associada aos cuidados de saúde ou de aspiração. Ficou sob antibioterapia empírica, oxigenoterapia, alimentação por sonda nasogástrica e foi iniciada reabilitação respiratória. Pela evolução desfavorável e atendendo ao estado clínico de base, à história prévia de internamentos por infeção respiratória e à suspeita de tosse ineficaz foi iniciada terapêutica com insuflador-exsuflador (pressão positiva 40 cmH2O, pressão negativa 40 cmH2O, tempo de insuflação 3 segundos, tempo de exsuflação 2 segundos, tempo de pausa 4 segundos) verificando-se resolução do quadro clínico e radiológico aos 10 dias de início das medidas. Durante o restante internamento, prolongado por 138 dias por ausência de suporte social em ambulatório, foi possível a recuperação da via oral e suspensão da oxigenoterapia sem ser necessário novo recurso a antibioterapia apesar de agudizações ocasionais. Teve alta com prescrição deste equipamento para ambulatório.

Este caso clínico demonstra a potencialidade da insuflação-exsuflação mecânica como ferramenta no doente idoso com tosse ineficaz, podendo maximizar a eficácia da estratégia de reabilitação respiratória e reduzir a utilização de antibioterapia sistémica.

P 36

QUANDO UMA ROTURA MUSCULAR REVELA UMA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA: UM CASO CLÍNICO

Henrique Aires Santos; Gabriel Cruz; Ana Rita Andrade; Carlos Moreira
USF Vale do Vouga

Introdução: A doença arterial periférica (DAP) é causada, na maioria dos casos, por aterosclerose, que leva ao desenvolvimento de estenoses arteriais e até mesmo oclusões. Quando estas lesões têm um reflexo hemodinâmico relevante, condicionam um défice de irrigação arterial do território vascular a jusante e isquemia dos tecidos por ele irrigados. A claudicação intermitente é a manifestação mais frequente e caracteriza-se por um desconforto muscular no membro inferior, desencadeado pelo exercício, e que alivia com o repouso. A DAP é também um marcador de risco cardiovascular global importante com implicações na terapêutica e seguimento dos utentes.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, 69 anos, reformado com antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata, dislipidemia, hérnia do hiato e síndrome da coluna com irradiação de dor.

Recorre a consulta aberta por queixas com cerca de 2 semanas de evolução, caracterizadas por dor na região gemelar do membro inferior esquerdo acompanhada de equimose ampla que se estende ao tornozelo ipsilateral, que surgiram após escorço muscular intenso com dor aguda. Em consulta de seguimento e após tratamento sintomático, doente apresenta ecografia de partes moles compatível com rutura muscular acompanhada de derrame de natureza hemática que estende a perna esquerda com 7 mm de espessura e 95 mm de extensão. Clinicamente apresenta resolução parcial da equimose e melhoria da dor em repouso mas com persistência da dor agravada pela marcha. Dado a clínica e história de dislipidemia mal controlada é solicitado doppler arterial do membro inferior esquerdo que revela fenómenos degenerativos nos eixos femoro-poplíteos e tibiais, caracterizados por ateromatose de predomínio hipoecogénico condicionando sinais sugestivos de estenose significativa na artéria femoral superficial esquerda superior a 75%. O doente inicia terapêutica com estatina em alta dose e é referenciado para consulta de cirurgia vascular.

Comentário: O presente caso clínico procura consciencializar que a DAP deve ser sempre uma hipótese de diagnóstica em quadros clínicos de dor musculares nos membros inferiores que agravam com a marcha.

Apesar de apenas uma pequena percentagem dos doentes necessitarem de cirurgia ou progredirem para isquemia crítica, o diagnóstico de DAP é um importante marcador de risco cardiovascular muito alto, exigindo uma estratégia de seguimento focada na prioridade de prevenção de eventos cardiovasculares agudos.

P 37

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO: QUAL A EVIDÊNCIA?

Joana Campelos; Raquel Sanches; Pedro Barreira
USF Ara de Trajano, ACeS Alto Ave USF S. Julião, ACeS Oeiras USF Alcais, ACeS Cascais

Introdução: A disfunção tiroideia subclínica, nomeadamente o hipotiroidismo subclínico, e a disfunção cognitiva são muito prevalentes na população idosa. Alguns estudos sugerem que o hipotiroidismo subclínico se associa a um maior declínio das funções cognitivas nestes doentes.

Objetivo: Rever a evidência existente sobre a associação entre hipotiroidismo subclínico e declínio cognitivo/demência no doente idoso.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), ensaios controlados e aleatorizados (ECA) e estudos de coorte (EC), publicados nos últimos 10 anos, nos principais *sites* de medicina baseada na evidência e na *MEDLINE/PubMed*, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, utilizando os termos *MeSH subclinical hypothyroidism, cognitive impairment, dementia* e *elderly*. Para a atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy*.

Resultados: Da pesquisa bibliográfica efetuada resultaram 96 artigos, dos quais 13 foram selecionados: 2 MA, 1 RS e 10 EC. Ambas as MA (NE:2) não encontraram evidência que suporte a associação entre hipotiroidismo subclínico e declínio cognitivo no doente idoso. A RS (NE:2) é inconclusiva. Dos 10 EC selecionados (NE:1/2) a maioria não encontrou associação estatisticamente significativa. Apenas 2 estudos (ambos NE:2) sugerem que o hipotiroidismo se associa a declínio cognitivo nesta faixa etária, mas ambos apresentam limitações importantes e um deles mesmo alguma incongruência nos resultados.

Conclusões: A maioria dos estudos existentes apresenta limitações metodológicas importantes, nomeadamente períodos de *follow-up* curtos (ou mesmo inexistentes) e falta de detalhe e rigor na análise estatística. Os resultados são consistentes. Não existe, até à data, evidência que suporte a associação entre hipotiroidismo subclínico e declínio cognitivo no idoso (FR:A).

P 38

E AGORA?!

Teresa Raposo; Ana Marinho
USF ANDREAS, USF COVA DA PIEDADE

O luto é uma reação emocional a uma perda. É um processo dominado por diversas emoções, muito pessoal e que varia de duração e de intensidade. É composto por diferentes fases.Nem No idoso o luto tem apresentações bastante dispares. Temos os casos em que o idoso se prepara para a perda e se conforma com a mesma quando sucede e temos os casos em que tal não acontece e que acaba por culminar num luto patológico.

Utente, sexo feminino, 86 anos, casada, reformada, autónoma, reside sozinha, mas mantém contacto diário com as filhas. Tem como antecedentes hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, valvulopatia, dislipidemia, perturbação depressiva e insónia. Em 2015, o marido sofreu um AVC que o deixou acamado passando a ser a nossa utente a sua principal cuidadora. Durante 4 anos viveu para cuidar do marido, sendo esta a sua principal motivação e razão de viver. Foram realizadas visitas domiciliárias que testemunharam os adequados cuidados prestados. Durante o período de cuidadora, a sua perturbação depressiva agravou tal como o cansaço e exaustão característicos destas situações, contudo nunca ponderou outras opções para os cuidados do marido. Foi-lhe proposto um período de descanso de cuidador que recusou.

No início de 2019, o marido faleceu e uns meses depois do seu falecimento a utente veio à consulta acompanhada pela filha.Estava visivelmente abatida, triste e emagrecida. Trazia análises, que revelaram uma anemia ferropénica, provável resultado de uma alimentação deficiente. Aprofundámos a questão da alimentação, a utente revelou que perdera o apetite, a vontade de cozinhar, a preocupação consigo própria e que as insónias pioraram. A filha contou que a mãe se alimentava à base de pão e leite, recusando a comida que lhe levava. Medicámos com ferro, foi ajustada a terapêutica antidepressiva, discutimos um plano alimentar e formas de combater o isolamento. Além disso, marcamos consulta dali a duas semanas, para não perdermos o seguimento da utente.

Temos uma população envelhecida e muitas vezes são as esposas/maridos os principais cuidadores uns dos outros até ao último dia de vida e situações como esta acabam por ser relativamente comuns na nossa prática diária. Cabe a nós médicos de família, estar atentos a situações semelhantes, de modo a detetar situações de luto prolongado, isolamento e depressão numa fase inicial e agir precocemente. Muitas vezes, a consulta passa a ser o único motivo dos nossos utentes saírem de casa.

P 39

DOENÇA DE SCHAMBERG - RELATO DE CASO

Vítor Hugo Pais; Elsa Torres Lima; Pedro Silva Almeida
USF São Simão da Junqueira ACES Grande Porto IV - PV/VC

Introdução: A doença de Schamberg, ou púrpura pigmentar progressiva, pertence a um grupo de erupções cutâneas benignas designadas por dermatoses purpúricas pigmentadas, com carácter benigno. É uma capilarite idiopática crónica caracterizada pela presença de uma hemorragia dérmica da qual resulta um processo inflamatório. Trata-se de uma púrpura não palpável que atinge habitualmente os membros inferiores, sendo que o seu diagnóstico necessita de ser confirmado por biópsia. O tratamento desta patologia é muitas vezes ineficaz e as recorrências são comuns.
Descrição do caso: Mulher de 83 anos, viúva, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, durante o exame objetivo realizado numa consulta de rotina no médico de família, apresentou várias lesões purpúricas pré-auriculares, a maior com cerca de 3 cm de diâmetro, com um ano de evolução, sem história de traumatismo ou sintomas associados.
Foi efetuada a referenciação para Dermatologia através de telemedicina por fotografia, para esclarecimento etiológico. Na consulta hospitalar foi realizada biópsia da lesão que confirmou o diagnóstico de Doença de Schamberg.
Comentário: Doença de Schamberg é uma patologia rara, cujo diagnóstico pode facilmente passar despercebido ao assumir-se como uma púrpura senil, na impossibilidade de requisitar ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, os meios complementares de diagnóstico necessários. Este caso clínico reforça a importância de uma boa articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e Secundários, através da referenciação hospitalar, para um diagnóstico precoce e assertivo.

P 40

SÍNDROME DE HEYDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Marques; Ana Claudia Paiva; Marisa Garcês
USF São João de Sobrado

Enquadramento: A anemia em idosos é muito comum e causa de descompensação de outras doenças crónicas com diminuição da qualidade de vida. Sabe-se que em idades mais avançadas, a anemia é muitas vezes multifactorial. Contudo, não devemos esquecer que é fundamental uma história clínica detalhada, de forma a podermos identificar causas modificáveis para a anemia. A Síndrome de Heyde consiste na associação entre estenose aórtica e anemia por hemorragia gastrointestinal causada por malformações angiosdisplásicas, consequente a coagulopatia adquirida por quebra do factor de von Willebrand na passagem pela válvula estenótica.
Descrição do caso: Doente de sexo feminino, 83 anos, reformada (previamente artesã), antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca congestiva, anemia de doença crónica. Recorre à consulta aberta com queixas de astenia e dispneia, referindo ainda que por vezes apresentava fezes escuras. Foi pedido estudo analítico que revelou anemia (Hb 6.8g/dl) microcítica e hipocrómica e níveis séricos de ferro baixos. Perante estes valores a utente foi encaminhada ao serviço de urgência para transfusão de glóbulos rubros, tendo alta no próprio dia com indicação para estudo em ambulatório. Foi solicitada endoscopia digestiva alta e baixa, que evidenciou gastrite crónica, mas sem hemorragias ativas, pólipos ou neoformações que pudessem justificar o agravamento súbito da anemia. Ao exame objetivo evidenciou-se um sopro sistólico audível no foco aórtico. Intensificou-se a terapêutica com ferro oral e foi solicitado repetição do hemograma, dinâmica do ferro e ecocardiograma. O ecocardiograma revelou estenose aórtica severa, com função sistólica conservada. Foi enviada para consulta de Medicina Interna para realização de vídeo-capsula endoscópica que acabou por revelar angiodisplasias do delgado e orientada para Cardiologia para avaliar possibilidade de cirurgia de substituição valvular, que segundo alguns estudos resolve, a longo prazo, a hemorragia gastrointestinal.
Conclusão: Nos idosos com anemia ferropénica, é fundamental estar alerta para alterações na auscultação cardíaca e ecocardiograma, e sempre que existir estenose aórtica grave, devemos levantar a possibilidade de Síndrome de Heyde. Este diagnóstico ganha ainda maior importância uma vez que a substituição valvular, na maior parte dos casos, melhora ou resolve completamente a anemia.

P 41

ANOREXIA DO ENVELHECIMENTO – FISIOLÓGICA OU PATOLÓGICA?

Teresa Matos Queirós; Diogo Moderno Costa
USF Fernando Namora; USF Cruz de Celas

Introdução: O envelhecimento é um fenómeno que tem marcado a evolução demográfica. O seu estudo é importante para distinguir o que é fisiológico do que é patológico. O envelhecimento associa-se a um conjunto de mudanças, entre as quais se destaca a anorexia, com elevada prevalência e impacto funcional.
Objetivos: Conhecer os fatores influenciadores do surgimento da anorexia no idoso e as suas implicações neste grupo etário.
Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na *Pubmed* de revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos aleatorizados, publicados nos últimos 5 anos, em língua portuguesa e inglesa. Utilizaram-se os termos *MESH anorexia*

e *aging*. Dos 28 artigos obtidos, 18 foram excluídos após leitura do título, 1 após leitura do *abstract* e 4 após leitura integral. Incluíram-se nesta revisão 5 artigos.

Resultados: A anorexia do envelhecimento resulta de um conjunto complexo de fatores biológicos, sociais, ambientais e psicológicos.

Com o envelhecimento surgem alterações nos órgãos dos sentidos, com a diminuição do paladar e do olfato a condicionarem a ingestão alimentar.

Surgem alterações hormonais. A grelina, libertada pela mucosa gastrointestinal, parece sofrer modulação negativa pela leptina e insulina circulantes. Ocorre um aumento da colecistoquinina e do peptídio YY que demonstrou associar-se à existência de sinais anorexígenos para o hipotálamo.

Com a idade ocorre diminuição do tónus muscular e da motilidade gastrointestinais, condicionando um atraso do esvaziamento gástrico e, consequentemente, prolongamento da saciedade.

As citocinas pró-inflamatórias estimulam a produção de leptina e de hormona libertadora de corticotrofina que vai mediar a ação anorexígena da leptina.

Além do descrito, existem outros fatores de risco para a anorexia no idoso, destacando-se a limitação funcional que se associa a diminuição da ingesta alimentar e do apetite, as doenças concomitantes, a medicação ou o isolamento social.

Discussão/ Conclusões: A anorexia pode associar-se a desnutrição, fragilidade e sarcopenia. É um preditor de morbi-mortalidade e não deve ser sempre encarada como fisiológica, dado que é de etiologia multifatorial. A deteção precoce da anorexia ou de risco de anorexia é importante e pode ser feita com recurso a questionários dirigidos a esta população. O seu reconhecimento possibilita a correção de fatores modificáveis e a elaboração de um plano de cuidados individualizado.

P 42

SÍNDROME METABÓLICA NO IDOSO

Telma Alves; Joana Paixão; Ricardo Rodrigues; Leila Cardoso; Fátima Silva; Pedro Ribeiro

Serviço de Medicina Interna, director Professor Doutor Armando de Carvalho - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A síndrome metabólica representa um conjunto de fatores de risco que predispõem a doença cardiovascular e diabetes mellitus. Esta síndrome afeta também o indivíduo idoso, nomeadamente perante a presença de obesidade abdominal. Uma vez que a obesidade está na génese da fisiopatologia da síndrome metabólica, prevê-se que haja diminuição da sua incidência se existir uma abordagem multidisciplinar, havendo uma repercussão positiva nas co-morbilidades e, consequentemente, na taxa de morbi-mortalidade.

Objetivos: Avaliar retrospetivamente o impacto da redução ponderal na variação dos parâmetros da síndrome metabólica nos doentes com idade igual ou superior a 65 anos avaliados na consulta de Medicina da Obesidade.

Materiais e métodos: Avaliaram-se 59 idosos seguidos em consulta. Consideraram-se as variáveis idade e sexo dos doentes que tiveram redução ponderal. Para o estudo da prevalência dos idosos com síndrome metabólica foram considerados os critérios de diagnóstico da *National Cholesterol Education Program and Adult Treatment Panel III* (NCEP:ATPIII) tendo-se avaliado e comparado estes critérios na primeira e última consulta.

Resultados: Do total de 59 doentes, 45 (79,7%) perderam peso. Destes, 33% (n = 15) eram homens e 67% (n = 30) mulheres, com média de idade 69,2 anos. Foram confirmados 23 doentes com critérios da síndrome metabólica, 100% dos quais com perímetro abdominal aumentado (> 102 cm nos homens e > 88cm nas mulheres). Em relação aos outros parâmetros, verificou-se hipertensão arterial em 91,3% (n = 21) e hipertrigliceridémia em 60,9% (n = 14). Na última consulta, os doentes com síndrome metabólica apresentaram: diminuição do perímetro abdominal entre 1-14%, sem valores de circunferência abdominal inferior < 102 cm nos homens ou <88 cm nas mulheres; diminuição dos valores tensionais para valores < 130/85 mmHg, sem alteração na medicação anti-hipertensora, em 8 (34,8%) doentes; redução dos triglicerídeos para < 150 mg/dL em 7 (50%) doentes. Não houve variação significativa nos valores da lipoproteína de alta densidade e glicémia em jejum.

Conclusão: Concluímos que é possível modificar variáveis da síndrome metabólica com a redução ponderal, como o perímetro abdominal e consequentemente melhoria no perfil tensional e da hipertrigliceridémia, fatores fortemente relacionado com o risco cardiovascular e metabólico.

P 43

Trabalho retirado.

P 44

IDOSO COM EDEMA DAS MÃOS – SÍNDROME RS3PE, UMA CAUSA POUCO COMUM

Pedro Xavier Antunes[1]; Pedro Abreu[2,3]

[1]UCSP Fundão; [2]Unidade Reumatologia ULS Castelo Branco; [3]Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Beira Interior

Introdução: A sinovite simétrica remitente seronegativa com edema depressível (RS3PE - *remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema*) é uma doença caraterizada por poliartrite simétrica, que cursa com edema depressível das extremidades. Esta constitui uma patologia rara, que afeta predominantemente idosos do sexo masculino e com fator reumatóide negativo. Está associada a artrite reumatóide, bem como a síndromes paraneoplá-

sicos.

Caso clínico: Um doente do sexo masculino, de 84 anos e antecedentes de hipertensão arterial, recorre ao Serviço de Urgência por dor e edema das mãos. Refere que o quadro tinha 4 meses de evolução e era acompanhado de rigidez e impotência funcional das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Analiticamente, apresentava um valor de Proteína C Reativa 14 mg/l e não apresentava alterações imagiológicas de relevo. Foi pedida observação pela Unidade de Reumatologia, que colocou a hipótese de RS3PE. Foi medicado com anti-inflamatório e ficou com consulta agendada.

Discussão: Após estudo laboratorial e imagiológico, foi excluída a existência de outra doença inflamatória articular ou de qualquer neoplasia. Foi iniciada corticoterapia, com reversão completa da sintomatologia. A Síndrome RS3PE pode representar um desafio diagnóstico, nomeadamente por a sua apresentação clínica cursar com aspetos sugestivos de artrite reumatóide. No entanto, esta entidade apresenta um excelente prognóstico na presença de um tratamento adequado com doses baixas de corticóides. Nestes doentes deve ser sempre excluída a existência de neoplasias.

Conclusão: A dor articular é um sintoma frequente na população idosa. A sua principal causa é a osteoartrite degenerativa, mas é importante a exclusão de patologias inflamatórias. Neste sentido, a RS3PE é uma doença que apesar da sua baixa prevalência, deve ser tida em conta tanto nos Cuidados de Saúde Primários, como nos Serviços de Urgência, estando a Reumatologia disponível para colaboração nos casos de falência diagnóstica ou terapêutica.

P 45

QUANDO FATOR REUMATÓIDE NÃO É SINÓNIMO DE ARTRITE REUMATÓIDE

Pedro Xavier Antunes[1], Pedro Abreu[2,3]
[1]UCSP Fundão; [2]Unidade Reumatologia ULS Castelo Branco; [3]Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Beira Interior

Introdução: O fator reumatóide (FR) é um anticorpo, cujo valor sanguíneo se encontra elevado em 60-70% dos doentes com artrite reumatóide (AR). A sua elevação verifica-se também em até 5% da população saudável, assim como em outras patologias, nomeadamente doenças autoimunes como o síndrome de Sjögren.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 74 anos de idade, reformada e com antecedentes pessoais de dislipidemia, foi seguida em consulta de Medicina Interna com o diagnóstico de AR, até 2006. Nessa data, teve alta para o seu médico assistente, que acompanhou regularmente a doente, mantendo tratamento com glucocorticóides. Dada a inexistência de episódios de artrite/sinovite periférica, a doente foi referenciada a consulta de Reumatologia para esclarecimento diagnóstico. Referia queixas secas e negava artralgias, apresentando ao exame objetivo, Teste de Schirmer positivo e ausência de tumefação articular. Analiticamente, salienta-se Velocidade de Sedimentação 45 mm, Proteína C Reativa < 0.5 mg/dl, FR positivo, anticorpo Anti-CCP negativo, ANA positivo, dsDNA negativo, anticorpo anti-SSA e SSB positivos e Vitamina D 12.3 ng/ml.

Discussão: Perante a suspeita de erro diagnóstico, a doente foi orientada à consulta de Reumatologia, onde foi realizada avaliação clínica, analítica e imagiológica, excluindo-se AR. Foi feita biópsia das glândulas salivares, tendo sido confirmado o diagnóstico de síndrome de Sjögren primário, iniciando-se tratamento adequado.

Conclusão: A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune crónica e sistémica que afeta cerca de 0.1 a 0.3% da população. Caracteriza-se por afetar as glândulas exócrinas, tais como as glândulas lacrimais e salivares, podendo causar xeroftalmia ou xerostomia. Pode igualmente cursar com dor e edema articular o que dificulta o diagnóstico com outras patologias reumatológicas. Os exames analíticos devem ser bem avaliados e a existência per se de um factor reumatóide não é sinónimo de AR. A correta orientação diagnóstica e terapêutica é importante no sentido de evitar complicações iatrogénicas.

P 46

GLUCOSAMINA E CONDROITINA NA OSTEOARTROSE DO JOELHO – QUAL A EVIDÊNCIA?

Joana Soutinho Pereira; Andreia Sofia Flora; Miguel Nunes; Sandra Quitério
USF MaxiSaúde; USF São Domingos

Introdução: A osteoartrose do joelho é uma doença crónica de natureza degenerativa com elevado impacto na qualidade de vida, que tem uma prevalência de cerca de 12% na população portuguesa. A dor e limitação provocada por esta patologia constitui um sintoma frequentemente encontrado a nível dos Cuidados de Saúde Primários sendo muitas vezes medicada com anti-inflamatórios não esteróides, com potenciais efeitos adversos graves, principalmente em idosos. Existem vários autores que defendem a utilização de glucosamina e/ou condroitina no tratamento desta patologia.

Objetivo: Comparar a eficácia do tratamento com glucosamina e/ou condroitina com placebo, no alívio da dor, rigidez e melhoria da funcionalidade dos doentes com osteoartrose do joelho.

Material e métodos: Pesquisa nas bases de dados *Pubmed* e *Cochrane Library*, utilizando os termos *MeSH: Glucosamine* e *Chondroitin* e *Knee Osteoarthritis*. Foram pesquisadas metanálises, revisões sistemáticas e estudos originais controlados e aleatorizados, nas línguas portuguesa e inglesa, publicados entre janeiro/2017 e Maio/2019. Para avaliação do nível de evidência e atribuição de força de recomendação foi utilizada a escala

Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT).

Resultados: Foram encontrados 37 artigos, dos quais se excluíram 24 após leitura do *abstract* e 8 após leitura completa dos artigos, a maioria por não incluir comparação com placebo ou estudarem outros *outcomes*. Foram, portanto, selecionados 5 estudos: 3 meta-análises e 2 ensaios clínicos controlados aleatorizados. Os estudos analisados apontam para uma diminuição da dor no tratamento com condroitina, contudo os resultados são menos consensuais no que respeita à terapêutica com glucosamina e associação condroitina com glucosamina.

Discussão/Conclusões: Existe evidência de que a condroitina administrada de forma isolada melhora de forma consistente a dor associada à osteoartrose do joelho (SORT B). Relativamente à terapêutica com glucosamina em monoterapia ou sua associação com condroitina não é possível retirar conclusões, uma vez que os estudos disponíveis não obtêm resultados concordantes e nenhum possui robustez suficiente que sustente evidência do seu benefício.

Serão necessários estudos com maior robustez, revisões sistemáticas e metanálises para esclarecer melhor o possível benefício da glucosamina e condroitina na osteoartrose do joelho.

[1]http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf

P 47

CARACTERIZAÇÃO DO RISCO E DO ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA DE UMA SANTA CASA

Inês Isidoro de Sousa; Susana Ganhão-Arranhado
Santa Casa da Misericórdia Leiria; ESSIei- Escola Superior de Saúde de Leiria

Introdução: O envelhecimento é uma fase da vida caracterizada por várias alterações tais como, funcionais, psicológicas e socioeconómicas. Todas estas alterações podem aumentar o risco de desnutrição da população idosa. Por conseguinte, a área da nutrição nesta fase da vida, exerce uma função fulcral, pois um estado nutricional adequado é essencial para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Objectivo: Caracterização do risco e do estado nutricional da população idosa de uma Santa Casa da Misericórdia.

Material e métodos: A amostra contemplou 85 utentes. Procedeu-se à recolha de dados antropométricos como: perímetros corporais (braço, geminal e abdominal), peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC). A altura e peso dos utentes restritos ao leito foram estimados através de fórmulas próprias: fórmula de Chumlea *et al.* (altura) e a fórmula de Rabito *et al* (peso). O cálculo do IMC foi realizado de acordo com o critério de Hajjar (2003). Para a avaliação do risco nutricional utilizou-se o *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

Resultados: A maioria da amostra era do sexo feminino (69.41%, n = 59). Relativamente ao IMC, 44% (n = 37) dos utentes apresentava excesso de peso, 29% (n = 25) normoponderalidade e 27% (n = 23) baixo do peso. No que diz respeito à identificação do risco nutricional, através da ferramenta MNA, verificou-se que 46% (n = 39) encontrava-se em risco de desnutrição, 40% (n = 34) tinha estado nutricional normal e 14% (n = 12) apresentava-se desnutrido. Através do MNA, foi ainda possível retirar outros dados relevantes, como os seguidamente apresentados. No que diz respeito às úlceras por pressão, 18% (n = 15) apresentava este tipo de feridas. Relativamente à capacidade de mobilidade, 46% (n = 39) encontrava-se restrito ao leito ou à cadeira de rodas, 38% (n = 32) não apresentava problemas de mobilidade e os restantes apresentavam capacidade de mobilidade reduzida (16%, n = 14). Quanto ao consumo de líquidos, a maioria (59%, n = 50) consumia entre 3 a 5 copos por dia, 25% (n = 21) mais de 5 copos e 16% (n = 14) ingeria menos de 3 copos.

Discussão/Conclusões: A amostra em estudo caracteriza-se, essencialmente, por apresentar excesso de peso e por se encontrar em risco de desnutrição. Face aos resultados, a presença do Nutricionista é estratégica neste tipo de instituições, com o intuito maior da promoção de um estado nutricional adequado com ganhos em saúde numa das subpopulações mais vulneráveis.

P 48

É DA VELHICE, DR. – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diogo Romano; Maria João Serafino
USF Fénix – ACES Marão e Douro Norte

Introdução: Os sarcomas retroperitoneais são um grupo raro e heterógeno de tumores malignos. Pela localização profunda e crescimento lento, a maioria dos casos é diagnosticada em fases avançadas, por uma massa abdominal descoberta incidentalmente num doente assintomático ou pouco sintomático, pela compressão das estruturas adjacentes.

Descrição de caso: Senhora, 70 anos, caucasiana, casada, operária fabril reformada. IMC 26.3 kg/m^2, com antecedentes de HTA, hiperuricemia e dislipidemia medicada e controlada sintomaticamente com Lisinopril/Amlodipina 20/10 mg, Atorvastatina 20 mg e Alopurinol 300 mg. Recorre a consulta programada de hipertensão e refere astenia e anorexia, com algum desconforto abdominal inespecífico, mas que desvalorizava e atribuía à idade. Ao exame objetivo é detetada uma massa abdominal volumosa ao nível da transição do flanco esquerdo para a fossa ilíaca com cerca de 9 cm, ligeiramente dolorosa a palpação. Pelas características da lesão foi pedido uma TAC abdominopélvica. Após uma semana retoma a consulta com o resultado e é descrita uma formação tumoral de aspeto sarcomatoso com 145x85 mm. Foi pedida consulta urgente de Oncologia médica para realização de biopsia. Realiza biopsia e

é encaminhada para o IPO onde foi submetida a exérese da neoplasia retroperitoneal em bloco com anexectomia, hemicolectomia e nefrectomia esquerda, sem evidência de invasão tumoral.

Conclusão: Com este caso pretende-se chamar a atenção da importância da integração das queixas no contexto clínico e da realização de um exame físico sumário em consultas de rotina, mesmo sem queixas ou queixas inespecíficas e pouco valorizadas, uma vez que podemos detetar situações em fase precoce que são potencialmente fatais e pouco frequentes na prática clínica.

P 49

"PREVENÇÃO DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS" – ESTUDO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Ana Simões[1]; Mariana Silva[1]; Raquel Calçada[1]; Humberto Vitorino[1]; António Rodrigues[2]
[1]USF Cruz de Celas; [2]UCSP de Celas - ACES Baixo Mondego

Introdução: As fracturas de fragilidade causam significativa morbi-mortalidade e elevados encargos sociais e económicos pelo que a identificação dos indivíduos com risco aumentado de fractura de fragilidade se reveste de suma importância. Neste contexto, dispomos da NOC da DGS 001/2010 sobre prescrição de osteodensitometria (DEXA) e, mais recentemente, da ferramenta FRAX® já validada para a realidade portuguesa.

Objectivos: Avaliar a aplicação das recomendações sobre prescrição e realização de DEXA, identificar necessidades e propor melhorias na qualidade de prescrição de DEXA.

Métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo, com avaliação interna e interpares pré e pós-intervenção, sendo a dimensão estudada a qualidade técnico-científica. A unidade de estudo incluiu mulheres entre os 66-70 anos e homens entre os 71-75 anos inscritos na USF Cruz de Celas e que tiveram consulta médica entre 1-31/10/2018 (1ª avaliação) e 1-30/04/2019 (2ª avaliação). Entre as duas fases de avaliação foi realizada uma intervenção educacional com apresentação dos dados em reunião de serviço e implementada uma Norma Interna e Procedimento clínico sobre "Prevenção de Fracturas Osteoporóticas" visando a aplicação da ferramenta FRAX® como instrumento de apoio à decisão clínica de prescrição de DEXA. Tipo de dados: processo. Fonte de dados: registos informáticos (MedicineOne®) tratados em Excel®. Não foram definidos padrões de qualidade entre estas duas primeiras avaliações.

Resultados: Na 1ª avaliação (mulheres n = 82; homens n = 53) aferiu-se uma taxa de prescrição de DEXA de 39% nas mulheres e apenas 4% nos homens. Na 2ª avaliação (mulheres n = 50; homens n = 37) a taxa de prescrição de DEXA passou para 48% nas mulheres e 8% nos homens e verificou-se recurso à ferramenta FRAX® em 18% das mulheres e em 5% dos homens.

Discussão: Verificou-se um aumento da taxa de prescrição de DEXA em ambos os sexos por critério de idade na fase pós-intervenção. Esse aumento não foi muito expressivo e não reflecte uma utilização abrangente da ferramenta FRAX®. Os dados foram discutidos em reunião de serviço e estabeleceram-se padrões de qualidade a serem aplicados nas novas avaliações (utilização do FRAX® insuficiente < 30%; razoável 30-50%; bom 50-80%; excelente > 80%). Desta forma, propõe-se manutenção das medidas educacionais e das avaliações de forma a optimizar a prescrição de DEXA de acordo com a avaliação do risco fractuário a 10 anos dado pelo FRAX® evitando pedidos desnecessários de MCDT´s.

P 50

ABORDAGEM DO DELIRIUM NO DOENTE IDOSO

Ana Catarina Pinheiro; Flávia Costa
USF Rodrigues Miguéis

Introdução: O delirium pode ser definido como uma síndrome neuropsiquiátrica, de etiologia multifatorial, caracterizada por uma alteração com início súbito do estado de consciência, défice de atenção e perturbação da cognição. Ocorre com maior prevalência na população geriatrica e paliativa, principalmente naquela com comorbilidades médicas e/ou cirúrgicas

Objetivos: Através de uma breve revisão da literatura, os autores propuseram-se a sistematizar a definição, fisiopatologia e etiologia do delirium, principais ferramentas para o seu diagnóstico, prevenção e tratamento.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa com base num conjunto de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, sendo consultados os motores de busca *Pubmed*, *Medline* e *Emedicine*, com as seguintes palavras- chave: Delirium; Estado confusional agudo; Idoso; Geriatria.

Resultados: O delirium depende de uma interacção complexa, ainda não totalmente compreendida, entre a vulnerabilidade individual do paciente (fatores predisponentes) e fatores precipitantes.

O diagnóstico é eminentemente clínico, existindo, critérios bem definidos e ferramentas que auxiliam a identificação desta manifestação clínica. A presença ou ausência de agitação psicomotora define os subtipos hiperativo e hipoativo, respetivamente, sendo que estes podem alternar no mesmo episódio de delirium.

O delirium é uma entidade frequentemente subdiagnosticada e negligenciada, relacionando-se com um aumento da morbi-mortalidade, custos e tempo de internamento, e apresentando um impacto negativo nos doentes, famílias e profissionais de saúde.

As evidências mostram que a prevenção primária é a estratégia mais eficaz para a redução da incidência do delirium, bem como da duração do episódio, gravidade e repercussão no *status* funcional do doente.

A abordagem terapêutica do delirium é uma abordagem

dinâmica A terapêutica preferencial no delirium é a não farmacológica, sendo a terapêutica farmacológica de segunda linha.

Discussão: O delirium detém considerável relevância para a saúde pública, constituindo um alvo de intervenção para a melhoria dos cuidados de saúde e redução das despesas, sendo cada vez mais considerado um indicador da qualidade dos cuidados de saúde. A prevenção consiste num ponto fulcral, uma vez que o tratamento não se encontra ainda estabelecido. Tendo em conta que a abordagem multidisciplinar é a estratégia mais eficaz, o delirium constitui uma parte importante da formação de qualquer profissional de saúde.

P 51

RESISTINDO A MÚLTIPLAS NEOPLASIAS – RELATO DE CASO

Rocha F; Pereira A; Costa L; Gonçalves A; Maurício B; Ferreira A
USF Tejo

Enquadramento: Neoplasias malignas múltiplas primárias (NMMPs) definidas como ≥ 2 neoplasias malignas, em que nenhum dos tumores é uma extensão, recorrência ou metástase de outro. São síncronas se diagnosticadas < 6 meses ou metacrónicas. Principais fatores de risco: idade, tratamento oncológico prévio, predisposição genética, exposição ambiental, hábitos nocivos.

Relato de caso: Doente de 89 anos, previamente autónomo, com antecedentes pessoais de HTA, epilepsia e hiperuricemia. O primeiro tumor é diagnosticado em 1989 - carcinoma papilar da tiroide (tiroidectomia total), em 1994 - adenocarcinoma da próstata (prostatectomia e bloqueio hormonal intermitente) e desde 2013 > 10 carcinomas basocelulares excisados. História familiar irrelevante exceto neoplasia paterna não identificada. Nega hábitos nocivos ou exposição a mutagénicos. Vacinação atualizada, incluindo gripe e antipneumocóccica. Recorre ao Médico de Família (MF) por queixas de tosse produtiva, cansaço, dor toraco-lombar, astenia e perda ponderal de 10 kg, sem anorexia, suores noturnos, febre, perdas hemáticas, dispneia ou outras queixas. A avaliação complementar revelou anemia ferropénica de novo (Hb 7.6 g/dl), hipercalcémia (13.9 mg/dl), aumento da B2-microglobulina, IgA e cadeias leves κ, condensação pulmonar esquerda e fraturas vertebrais patológicas. Fez TC - envolvimento de todo o esqueleto axial com infiltração difusa da esponjosa e múltiplas lesões líticas por mieloma múltiplo. Mielograma – celularidade aumentada e 55% de plasmócitos. Cumpriu antibioterapia, iniciou seguimento por Hematologia e fez primeiro ciclo de melfalano e prednisolona. Avaliado por MFR, Ortopedia e Neuroradiologia: vertebroplastia de D9 para controlo antiálgico e utilização de dorsolombostato. Mantém seguimento pelo MF e Hematologia, mantém-se totalmente independente.

Discussão/Conclusões: A ocorrência de NMMPs é rara. Neste caso, um doente reúne 3 neoplasias malignas primárias e múltiplas neoplasias multicêntricas da pele. Apenas a idade e uma eventual predisposição genética não esclarecida podem fornecer uma explicação. A longevidade e a sobrevivência crescente dos doentes oncológicos transformarão doenças com mortalidade elevada em doenças controláveis e tornarão as NMMPs mais frequentes no doente geriátrico. Não existem protocolos para a gestão e seguimento destes doentes, devem ser acompanhados de forma personalizada e com o apoio de equipa multidisciplinar. O MF é parceiro chave no diagnóstico e gestão destes casos.

P 52

"A ROUPA MAGOA" – UM CASO DE HERPES ZOSTER RECIDIVANTE

Maria João Martins Lopes
USF Leme - AceS Baixo Vouga

Introdução: A reativação do vírus varicela-zoster latente resulta em herpes zoster. Esta entidade caracteriza-se por uma erupção vesicular unilateral na distribuição de um dermátomo, associada a dor intensa. Geralmente, o diagnóstico é clínico e a dor precede as lesões 2-3 dias. A complicação mais comum é a nevralgia pós-herpética. Estima-se que 30% da população manifesta esta doença, aumentando a incidência a partir dos 60 anos. É mais frequente em mulheres e indivíduos com determinadas comorbilidades. O tratamento baseia-se em antivíricos e analgésicos.

Descrição do caso: Mulher, 78 anos, antecedendes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 com lesão de órgãos alvo, dislipidemia, patologia osteoarticular degenerativa e obstipação crónica, colecistectomizada. Recorreu a Consulta Aberta por dor abdominal inespecífica com 1 semana de evolução, sem outros sintomas, apresentando, ao exame objetivo, dor à palpação no hipocôndrio e flanco direitos, sem outras alterações aparentes. Pediu-se uma ecografia abdominal e medicou-se com butilescopolamina + paracetamol e pantoprazol. Na semana seguinte, teve 2 idas ao serviço de Urgência por agravamento da dor, referindo que "a roupa magoa" e, da última vez, sem dejeções há 8 dias. Sem novas alterações ao exame objetivo. O estudo analítico e imagiológico evidenciou apenas aerocolia ligeira e fezes. Foi medicada com analgésicos e laxantes. Na semana seguinte, foi novamente a Consulta Aberta por manter a dor e aparecimento de manchas no abdómen, dolorosas e sensíveis ao toque da roupa, há 2 dias. Objetivou-se numerosas lesões maculopapulares avermelhadas e vesiculares na região abdominal direita e dorsal homolateral, com distribuição por dermátomos contíguos, sugestivas de herpes zoster. Foi medicada com valaciclovir. Questionada, referiu ter tido zona há cerca de 10 anos. Após 1 mês, foi a Consulta de Diabetes, com resolução das lesões, mas dor infracostal direita.

Discussão: Embora este caso clínico aborde uma patologia frequente nos idosos, relata uma apresentação clínica incomum, com o início das queixas álgicas 3 semanas antes das lesões cutâneas. Ademais, a recidiva de herpes zoster é rara (1-6% experienciam 2º episódio). Neste caso, seria precoce considerar o diagnóstico de nevralgia pós-herpética, pois implica dor significativa persistente 90 dias após o aparecimento das lesões, afetando 10-15% dos doentes. Contudo, é fundamental que o médico assistente vigie as queixas, visando otimizar o controlo da dor.

P 53

UM PÓS-OPERATÓRIO QUE "ME PARTIU O CORAÇÃO": CASO CLÍNICO

Mégane Vieira; Christelle Costa; Nelson Rodrigues
USF Arquis Nova

Enquadramento: A miocardiopatia de Takotsubo (MT) caracteriza-se por uma disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo e mimetiza um quadro de síndrome coronário aguda (SCA) no qual ocorre recuperação completa em termos de contractilidade cardíaca e fração de ejeção (FE). Afeta sobretudo mulheres na pós-menopausa sendo habitualmente precedida por uma situação de stress emocional (e.g. morte de familiar) ou físico (e.g. estado pós-operatório).

Descrição do caso: Mulher, 77 anos, caucasiana, viúva, vive só, classe VIII no Ciclo Familiar de Duvall, classe III na classificação de Graffar. Tem hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia; encontra-se medicada com amlodipina/valsartan 5/80 mg 1 vez/dia, metformina 1000 mg 2 vezes/dia, gliclazida 30 mg 2 vezes/dia, sinvastatina 40 mg 1 vez/dia, alprazolam 0,5 mg id e trazodona 150 mg 1 vez/dia.

No momento da alta de um pós-operatório de artroplastia da anca foi aconselhada a consultar o seu médico de família por apresentar bradicardia. Na consulta deste, mantinha a bradicardia, assintomática. O ECG revelou ritmo sinusal, FC 53, bloqueio auriculoventricular (AV) de 2º grau, 2:1, inversão da onda T em V2-V6 e supra ST em V2-V4; foi referenciada ao serviço de urgência (SU). Apresentava discreta elevação dos marcadores de necrose miocárdica; o ecocardiograma revelou "acinesia do ápex com hipocinesia medio-distal do septo e das paredes anterior inferior, posterior e lateral com hipercontratilidade dos restantes segmentos, depressão moderada da função sistólica global do VE (FE: 40%)"; o cateterismo cardíaco não demonstrou doença coronária. Foi diagnosticada miocardiopatia de Takotsubo.

Durante o internamento reverteram as alterações de condução AV e da função sistólica. Na alta tinha uma FE de 53% e melhoria da contractilidade segmentar.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico da MT é dificultado por mimetizar um SCA (clínica e ECG) e necessitar de meios complementares de diagnóstico indisponíveis em ambulatório. O ecocardiograma demonstra um coração semelhante a um takotsubo (armadilha japonesa). O diagnóstico é feito pela presença, na admissão, de quatros critérios propostos por um grupo de especialistas da Mayo Clinic em Rochester.

A valorização de um sinal clínico, bradicardia, assintomático, permitiu o diagnóstico de uma patologia rara e adequado tratamento. Este caso clínico confirma o que a literatura revela paradoxalmente: a "síndrome do coração partido" tem um excelente prognóstico.

Palavras–chave: Takotsubo, síndrome coronário aguda.

P 54

UMA HIPERTENSÃO ENGANADORA

Diana Ferreira; Hugo Ferreira
UCSP de Ponte de Sôr UCSP Águeda III

Enquadramento: A prevalência de doença coronária isquémica (DCI) aumenta com a idade em ambos os sexos, indo de 5 a 7% em mulheres entre 45 e 64 anos a 10 a 12% entre os 65 e 84 anos e de 4 a 7% em homens entre 45 e 64 anos e 12 a 14% entre os 65 e 84 anos. Clinicamente, a DCI pode ter apresentação atípica (20,5%)2 ou mesmo ser uma doença silenciosa.

Descrição do caso: Sexo masculino, 77 anos, com antecedentes de aneurisma da aorta abdominal com endoprótese (2014), Dislipidemia e Neoplasia da corda vocal direita. Medicação Habitual: Atorvastatina 10 mg; AAS 100 mg.

Recorreu a consulta em 19/11/2018 por episódio de urgência com queixas de tensão arterial muito elevada e suores após caminhada habitual diária. Ao exame objetivo no SU apresentava TA 191/112 mmHg. ECG com ligeira elevação da onda T nas derivações pré-cordiais esquerdas (V4-V6). Na consulta tinha TA 203/105 mmHg, sem outras alterações. Pedidos ecocardiograma, prova de esforço, ecografia renal e MAPA 24h. Iniciou terapêutica com Azilsartan + Clorotalidona 40 + 12,5 mg. Em consulta de reavaliação (03/12/2018), refere ter suspendido anti-hipetensor por hipotensão postural, com registos de TA no domicílio sem medicação entre 153-115/82-70 mmHg (manhã) e 169-129/84-64 mmHg. Iniciou Olmesartan 40 mg. A 27/12/2018 trouxe resultados de ecocardiograma, ecografia renal e MAPA sem alterações de relevo. Prova de Esforço "… interrompida aos 5'01" por cansaço tendo atingido 91% da FCM prevista para a idade (7,0 METS). Traçado de base com alterações inespecíficas da repolarização ventricular na parede inferior. Durante o esforço não se observaram alterações da repolarização ventricular com critérios de isquémia do miocárdio. No 1' de recuperação surge infradesnivelamento do segmento ST em rampa horizontal de V3 a V6 que atinge um máximo de aproximadamente 2 mm e que retorna ao padrão basal após 15'."

Recorre a consulta de Cardiologia privada. Realizado cate-

terismo em 11/02/2019 com "Descendente anterior com placa de 50% no segmento distal. Primeira diagonal com placa minor (~30%)". Estabilização da TA após procedimento.

Discussão: A apresentação atípica de DCI instável dificulta o diagnóstico, atrasando ou inviabilizando a implementação de estratégias terapêuticas e de prevenção secundária com efetividade comprovada, e associa-se a morbimortalidade mais elevada. O conhecimento das características dos doentes que mais frequentemente apresentam sintomas atípicos poderá contribuir para reduzir o limiar de suspeição dos clínicos.

P 55

DOR NEUROPÁTICA NO IDOSO – A REALIDADE DE UMA UCSP

Sónia Corujo; Gabriela Villagomez; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda – ULS Guarda

Introdução: A dor é definida como uma " experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidular real ou potencial". Em Portugal, desde 2003, a dor é considerada como o 5º sinal vital, e esta é sempre subjectiva e engloba componente sensorial e emocional. A dor representa 25-50% das consultas de MGF.

A dor neuropática (DN) é definida como "dor causada por uma lesão ou doença sistema nervoso somato-sensorial", afecta 6.9-10% da população geral com tendência a aumentar face ao envelhecimento. Associada a esta entidade, surge o agravamento da qualidade de vida e todas as comorbilidades associadas com importante impacto na população geriátrica.

Objetivo: Avaliar a prevalência da dor neuropática na população geriátrica de uma UCSP.

Material e métodos: Estudo transversal observacional e descritivo. Aplicado o questionário de "DN4" aos doentes da UCSP com idade igual ou superior a 65 anos que se apresentavam na consulta com manifestações de dor. Questionário engloba 2 questões de resposta subjectiva do doente e 2 respostas objectivadas pelo médico ao exame físico.

Resultados: Foram obtidos 65 questionários válidos, com idades entre os 65 e 92 anos de idade, com predomínio do sexo feminino (75%) e com maior número de respostas dos 75-79 e 80-84 anos. Das respostas obtidas 47% apresentaram resultado positivo para dor neuropática (*score* igual ou superior a 4). A maior incidência verificou-se nas idade de 80-84 anos. O menor número de resultados positivos foi obtido sobretudo nas idades dos 65-69 anos com apenas 11% dos questionários com critérios para dor neuropática.

Conclusões: Sendo o MF responsável pelo acompanhamento longitudinal e transversal dos doente, reserva em sí um papel importante na promoção da qualidade de vida dos doentes geriátricos, pelo que o diagnóstico e correcto manejo da dor neuropática são cruciais se antecipados. Sendo a DN, em Portugal, uma entidade pouco conhecida e estudada, torna-se fundamental realizar estudo de prevalência para detectar doentes subdiagnosticados ou insuficientemente tratados, de forma a orientá-los precocemente e incrementar a sua qualidade de vida.

P 56

ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL NO IDOSO

Sónia Corujo; Gabriela Villagomez; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda – ULS Guarda

Introdução: A disfunção eréctil (DE) define-se pela incapacidade persistente ou recorrente em conseguir e/ou manter uma ereção suficiente para permitir uma atividade sexual satisfatória, durante pelo menos 3 meses.Ainda que a DE seja uma doença benigna, pode afetar a saúde física e psicossocial e ter um impacto significativo na qualidade de vida (QV) dos doentes e dos casais. Existe uma evidência de que a DE possa ser uma manifestação precoce de doença coronária e vascular periférica, e deve ser encarada como uma questão de QV e como potencial sinal de alarme de doença cardiovascular (CV).

Objetivo: Revisão da evidência científica acerca da abordagem da disfunção eréctil em CSP.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *Uptodate* e *Pubmed*, com os termos *Erectile dysfunction in primary care* escritos em inglês e português,publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: Estudos epidemiológicos que valorizam a importância deste problema e o seu impacto na QV do homem e do casal, identificaram-se vários fatores de risco associadas que incluem: DM, doença CV,doenças génito-urinarias, problemas psiquiátricos, medicamentos, fatores hormonais e condições socio-demográficas. A etiologia da DE pode dividir-se em 2 grupo: causas psicogénicas e orgânicas. As psicogénicas – Generalizada e Situacional. As orgânicas – Arteriogénica; Neurogénica; Anatómica ou estrutural; Hormonal; Iatrogénica. A história clínica é essencial identificar qual a preocupação do paciente, quantificar e identificar as condições associadas, diferenciar de outros problemas sexuais. Uma das ferramentas utilizadas é o Índice Internacional de Função Eréctil reduzido (IIFE). O exame objetivo deve ter em atenção o aparelho CV, neurológico e geniturinário. A avaliação analítica deve ser adaptada às queixas e fatores de risco:análises; MCDT's específicos; Injeção Intracavernosa; Ecodoppler peniano; Cavernosometria e Cavernosografia. O tratamento da DE assenta na determinação da sua etiologia e em terapêutica dirigida aos FRCV. O tratamento médico-cirúrgico é baseado 1ª linha-I-PDE5, testosterona e dispositivo de vácuo; 2ª-injeccao intra-cavernosa de alprostadilo; 3ª-Próteses Penianas, Cirurgia Vascular.

Conclusões: O MF tem um papel essencial na abordagem da DE, desde da avaliação inicial com recomendações para

mudanças de estilos de vida até à introdução de terapia de 1ª linha. A não resposta ao tratamento conduz ao referenciamento ao urologista e ao envolvimento de equipas multidisciplinares.

P 57

A UCC OVAR E O ENVELHECIMENTO ATIVO

Maria Elisabete Gaspar Valente Vinhas
Unidade de Cuidados na Comunidade de Ovar

Introdução: O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem e que contribui para o bem-estar das pessoas idosas. A Unidade de Cuidados à Comunidade Ovar (UCC) desenvolveu o projeto Entardecer, que se destina à população sénior do concelho de Ovar, tendo como base o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, fomentando o envelhecimento ativo.
Objetivos: Promover estilos de vida saudáveis e a independência funcional nos idosos; promover o envelhecimento ativo, o combate à solidão e isolamento, envolvendo toda a comunidade em articulação com o tecido institucional;
O método utilizado, foi o método descritivo.
Resultados: Este projeto iniciou em 2013 com as parcerias desenvolvidas com o poder local e com a rede social. O projeto Entardecer engloba 3 grandes iniciativas: "Ovar em Movimento Sénior" com periodicidade anual, decorre de janeiro a abril na arena DolceVita Ovar e Pavilhão Gimnodesportivo de Maceda, em semanas alternadas. Os professores de educação física da CMO, durante 60 minutos ensinam exercícios aeróbicos de baixo impacto e exercícios de alongamentos/flexibilidade, adequados à população sénior; "Acordar Exercitando" semelhante à atividade anterior, mas é realizada ao ar livre semanalmente de maio a junho. Ambas as iniciativas têm a presença de enfermeiros da UCC Ovar que realizam despiste de fatores de risco cardiovasculares e incutem estilos de vida saudáveis; "Mês Sénior" em outubro, a UCC Ovar, a CMO e a Rede Social em articulação com os seus parceiros desenvolve esta iniciativa, onde decorrem várias atividades direcionadas ao Adulto Sénior e abertas a toda a comunidade, com a finalidade de promover o envelhecimento ativo. Trata-se de um programa consistente, delineado para proporcionar aos séniores do concelho um mês lúdico-pedagógico, durante o qual têm oportunidade de conviver e de adquirir novos conhecimentos.
Conclusão: O projeto tem apresentado enorme impacto junto desta população, dado que existe já um grupo de idosos das instituições e da comunidade que nos acompanha assiduamente nas atividades ao longo destes anos, criando entre eles laços de amizade que os unem e se alongam para além das dinâmicas organizadas.
A população através deste projeto consegue também adquirir conhecimentos sobre a rede de suporte social que a comunidade local disponibiliza para os apoiar em todas as necessidades que possuem ou que possam vir a adquirir.

P 58

NEUROMIELOPATIA POR DÉFICE DE VITAMINA B12 NUM DOENTE DIABÉTICO TRATADO COM METFORMINA: UM CASO CLÍNICO

Ângela Fernandes; Ana Gomes
USF +Carandá

Enquadramento: Tem havido evidência crescente da associação entre o uso prolongado de metformina em doentes diabéticos tipo 2 e o défice de vitamina B12. A vitamina B12 é essencial para a síntese de mielina que reveste as células nervosas. Dada a prevalência do uso de metformina em doentes diabéticos tipo 2, como terapêutica farmacológica de primeira linha, importa refletir e relembrar quanto a sinais que poderão levar o Médico de Família a suspeitar de défice de vitamina B12 e a ponderar a causalidade com o uso prolongado de metformina.
Descrição do Caso: H homem, 70 anos, previamente autónomo. Diagnosticado com Diabetes mellitus tipo 2 desde há 21 anos, e desde então medicado com metformina. À data da apresentação do quadro clínico, encontrava-se medicado com metfomina 850 mg tid. Em Novembro de 2014 inicia quadro de diminuição da força e sensibilidade dos membros inferiores, com progressão proximal crescente, associado a queixas álgicas nos membros inferiores progressivamente também progressivamente mais intensas. Evolução rápida, no decurso do mês seguinte, para incapacidade total na deambulação. Recorre ao Serviço de Urgência do Hospital de Braga em Dezembro de 2014, onde é objetivada paraplegia grau 4/5, arreflexia dos membros inferiores e alteração grave da sensibilidade propriocetiva dos membros inferiores e nas extremidades dos membros superiores. Analiticamente detetada descompensação metabólica e défice grave de vitamina B12. Realizou uma RM à coluna dorsal, que revelou hipersinal medular dorsal posterior, com restantes exames complementares sem alterações de relevo para o caso. Ficou internado com diagnóstico de neuromielopatica secundária a défice de vitamina B12, tendo feito tratamento de reposição intramuscular intensivo. Após estabilização metabólica os dos valores séricos de vitamina B12, teve alta para Unidade de Reabilitação de Média Duração, onde fez tratamento fisiátrico intensivo durante 3 meses. Atualmente com recuperação quase total, necessitando de apoio na marcha com bengala.
Discussão: Parece cada vez mais certa a relação entre uso prolongado de metformina e o défice de vitamina B12. Este pode levar a sintomas neurológicos, que importa distinguir da neuropatia diabética. Embora comecem agora a surgir algumas indicações/*guidelines* quanto ao rastreio e abor-

dagem do défice de vitamina B12 nestes doentes, estas são escassas e ainda não implementadas na prática clínica, pelo que atualmente exige ainda um elevado grau de suspeição.

P 59

DEMÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

Paula Marques Ferreira[1]; Ana Isabel Lopes[2]; Céu Rocha[2]; Dr Hugo Oliveira[2]
[1]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho;
[2]Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A demência corresponde a uma síndrome clínica progressiva e irreversível, caracterizada por degradação das capacidades cognitivas que conduzem muitas vezes a uma dependência crescente para as atividades de vida diária. Sendo uma patologia com um curso clínico geralmente prolongado, a prevalência dos quadros demenciais encontra-se em franco crescimento.
Objetivo: Caracterização de uma população com demência referenciada a uma equipa de cuidados paliativos.
Material e métodos: Análise descritiva retrospetiva de uma população com demência referenciada a uma equipa cuidados paliativos.
Resultados: A amostra foi constituída por 101 doentes com idade média de 83,1 ± 7,4 anos. Após a análise dos resultados, constatou-se um predomínio do sexo feminino (61,4%), em que cerca de 58,4% dos doentes apresentava valores de *Palliative Performance Scale* (PPS) abaixo de 30%. No que diz respeito à institucionalização, 22,8% dos doentes encontravam-se institucionalizados no momento da referenciação à equipa. Cerca de 18,8% dos idosos apresentava sonda vesical e a maioria (50,5%) era alimentada por sonda nasogástrica ou gastrostomia endoscópica percutânea. Em média, 28,7% apresentava úlceras de pressão aquando a avaliação inicial. A referenciação à equipa de Cuidados Paliativos foi, em média, 6,5 ± 4,3 anos após o diagnóstico. Na maioria dos casos (57,8%), a avaliação inicial foi realizada no hospital e em alguns casos o acompanhamento prolongou-se para o domicílio ou instituição onde se encontrava o doente. Os principais motivos de referenciação prenderam-se com a sintomatologia dos doentes, nomeadamente por queixas de dor não controlada (38,6%), e com algumas questões sobre a alimentação artificial (21,8%). A mortalidade rondou os 71,3% (72 casos), registando-se um maior número no primeiro mês após a avaliação inicial (34 casos).
Conclusões: Após a análise do trabalho descrito, podemos concluir que a referenciação foi realizada maioritariamente em estadios avançados da doença, em doentes com *scores* de PPS baixos e cujos principais motivos de referenciação foram a sintomatologia e algumas questões sobre a alimentação, que muitas vezes devem ser trabalhadas com as famílias e até com os próprios doentes, quando possível. Sendo a demência, uma patologia que acaba por influenciar diversas áreas da vida do doente e da sua família, as decisões envolvendo este tipo de doentes são complexas e estudos mostram benefício na integração de cuidados paliativos.

P 60

SÍNDROME DE FRAGILIDADE DO IDOSO: REVISÃO DE UM TEMA MUITO ACTUAL

Ângela Fernandes; Ana Gomes; Ana Carneiro
USF +Carandá, ACeS Cávado I - Braga USF +Carandá, ACeS Cávado I - Braga USF Alcaides Faria, ACeS Cávado III - Barcelos/ Esposende

Introdução: A fragilidade no idoso é entendida como uma síndrome de declínio fisiológico na fase tardia da vida, caracterizada por marcada vulnerabilidade e associada a *outcomes* adversos em saúde. No entanto, a sua aceitação como entidade clínica estabelecida e consequente sinalização adequada para uma melhor abordagem possui ainda algumas lacunas.
Objetivo: Rever a literatura quanto à importância, diagnóstico e abordagem da Síndrome de Fragilidade do Idoso (SFI).
Metodologia: Revisão Clássica da Literatura com pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *UpToDate* e *Cochrane Library,* utilizando os termos *frailty*, *elderly* e *frailty syndrome*.
Resultados: A SFI é definida como um estado de vulnerabilidade aumentada, resultado de um declínio da função e reserva de múltiplos sistemas fisiológicos associado à idade. Existem alguns critérios de diagnóstico que usam fenótipos indicadores de fragilidade, como a diminuição da firmeza do aperto de mão, diminuição da energia, diminuição da velocidade de deambulação, atividade física reduzida e perda de peso não intencional. Alguns fatores de risco associados são a depressão, o tabagismo, a baixa escolaridade e solidão. A SFI está largamente associada a fraturas do fémur, disfuncionalidade e hospitalizações, com grande impacto na morbimortalidade. Por isto, é cada vez mais importante uma avaliação geriátrica completa e rigorosa, e eventual utilização de ferramentas de avaliação da fragilidade do idoso para diagnóstico correto e planeamento de um programa terapêutico adequado. O tratamento e gestão da SFI inclui, entre outros, planos de exercício físico personalizado, treino cognitivo, correção nutricional e controlo adequado de comorbilidades crónicas.
Discussão: Os resultados cumulativos do declínio progressivo dos múltiplos sistemas orgânicos constituem a base da SFI, em que coexistem o comprometimento da homeostase e a vulnerabilidade aos fatores externos, com maior dependência das atividades de vida diária e agravamento das comorbilidades, e consequentemente com diminuição da qualidade de vida, sobrecarga dos cuidadores e altos

custos com os cuidados de saúde. No entanto, a SFI pode ser evitada ou atrasada quando detetada precocemente, com base em indicadores clínicos físicos – o que é de suma importância na prática atual, com o envelhecimento progressivo da população, e quando a prática de Medicina Geral e Familiar passa invariavelmente pela prestação de cuidados à pessoa idosa e à promoção de um envelhecimento saudável.

P 61

UM NOVO OLHAR NUM DOENTE COM QUEIXAS ANTIGAS

Ana Marinho; Teresa Raposo; Marta Freitas; Teresa Peneda
USF Cova da Piedade; USF Andreas

Enquadramento: O cancro do pulmão é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. Frequentemente, esta neoplasia é assintomática nas fases iniciais, sendo, portanto, muitas vezes diagnosticada em estadios avançados.

Descrição do caso: JJ, sexo masculino, 70 anos, reformado de serralheiro civil. Antecedentes de HTA, dislipidemia, ex-fumador de 30 UMA. O utente recorria frequentemente à consulta por dores nos membros inferiores e superiores que melhoravam com analgesia. Recorreu a uma consulta aberta por quadro com 3 dias de evolução de agravamento da dor na coxa direita. A dor era intensa, não apresentava relação com os esforços e, ao contrário dos episódios anteriores, não cedia com medicação. Foi observado por um médico que não o seu médico de família, que resolveu investigar o caso e pedir provas diagnósticas complementares.

Dos exames complementares, é de salientar que a ecografia partes moles na coxa direita revelou uma massa sólida volumosa, heterogénea de contornos bem definidos, de 7.9 x 3.3 cm de diâmetro projectada no fémur. Posteriormente, pediu-se uma TAC que mostrou uma lesão óssea femoral expansora heterogénea de predomínio sólido 9 x 6 x 4 cm bem circunscrito, sem critérios de extensão a gordura subcutânea. Foi referenciado para cirurgia geral, onde prosseguiram o estudo. A biópsia subsequente mostrou tratar-se de carcinoma pulmonar de não pequenas células. Realizou TAC toraco-abdomino-pélvica que revelou lesão pulmonar no lóbulo inferior esquerdo e parahilar com 8 x 4cm - sendo esta considerada a lesão primitiva- e lesões supra-renais provavelmente secundárias. A broncofibroscopia evidenciou sinais indiretos de neoplasia brônquica pulmonar. Com o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão com metastização óssea, referenciou-se para o IPO onde foi seguido até ao seu falecimento, 6 meses após o diagnóstico.

Discussão: Este caso clínico pretende ilustrar que o diagnóstico nem sempre assenta na situação clínica mais prevalente perante uma queixa comum.

Uma das grandes vantagens de ser médico de família é o seguimento longitudinal dos utentes e a relação de proximidade que se estabelece. Contudo, por vezes tal pode revelar-se uma desvantagem, pelo risco de desvalorizar queixas frequentes por parte daquele doente. Este caso visa também despertar para uma apresentação atípica de uma patologia letal, frequentemente diagnosticada tardiamente.

P 62

NEOPLASIAS MALIGNAS NOS IDOSOS DE UMA USF

Tânia Margarida Costa; Sofia Fraga; Adelino Costa; Raquel Patrício
USF Alves Martins - ACeS Dão Lafões

Introdução: As doenças oncológicas são atualmente a 2ª causa de morte em Portugal. Com o aumento da esperança de vida, questiona-se se a maior prevalência destas doenças se deve ao envelhecimento da população.

Objetivos: Verificar se há uma maior prevalência de neoplasias malignas (NM) nos utentes com ≥ 65 anos numa USF e identificar quais as mais frequentes nesta faixa etária.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo, mediante análise retrospetiva da lista de utentes e do processo clínico dos utentes com ≥ 65 anos e registo de NM (pelos respetivos códigos do ICPC-2) numa USF. Analisados: sexo, registo de NM, idade de diagnóstico se registo de NM e idade atual se sem registo de NM. Dados do SClínico®, tratados em Excel® e SPSS23®.

Resultados: Estudados 12303 utentes, dos 0 aos 102 anos (média 44,52). 530 com registo de NM (4,31%), com idade de diagnóstico dos 2 aos 96 anos (média 60,92). 9480 utentes tinham < 65 anos (77,05%), dos quais 287 com registo de NM (3,03%). 2823 tinham ≥ 65 anos (22,95%), dos quais 243 com registo de NM (8,61%) – 117 do sexo feminino (48,15%) e 126 do masculino (51,85%). Registadas 257 NM nestes utentes (média 1,06 NM por utente), das quais 124 no sexo feminino (48,25%) e 133 no masculino (51,75%). As mais frequentes foram Y77 – Neoplasia maligna da próstata (n = 55; 21,40%) e D75 – Neoplasia maligna do cólon/reto (n = 43; 16,73%); no sexo feminino X76 – Neoplasia maligna da mama feminina (n = 28; 22,58%) e S77 – Neoplasia maligna da pele (n = 25; 20,16%); no sexo masculino Y77 – Neoplasia maligna da próstata (n = 55; 41,35%) e D75 – Neoplasia maligna do cólon/reto (n = 21; 15,79%). Obtida relação estatisticamente significativa ($p <$ 0,05) no maior registo de NM em utentes ≥ 65 anos (em relação aos < 65 anos) e em utentes do sexo masculino com ≥ 65 anos (em relação aos do feminino com ≥ 65 anos).

Discussão/Conclusões: As NM parecem ser diagnosticadas mais frequentemente nos utentes com ≥ 65 anos. As mais prevalentes foram da próstata, mama feminina e cólon/reto, o que se pode dever a uma maior sobrevida com estas NM. As NM da mama e cólon/reto têm rastreio instituído, podendo esse facto também ser condicionante da existência de mais diagnósticos. O MF tem um papel preponderante no diagnóstico precoce das NM, quer pela

presença de sinais e sintomas, quer pela realização de rastreios, por forma a diminuir a morbimortalidade associada a estas patologias.

P 63

UMA LOMBALGIA (IN)COMUM NO IDOSO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – CASO CLÍNICO

Maurício B; Gonçalves A; Rocha F; Costa L; Ferreira A; Pereira A
USF Tejo – ACES Loures-Odivelas

Enquadramento: A lombalgia é uma apresentação comum em cuidados de saúde – 70 a 85% dos adultos são afetados em algum momento das suas vidas, sendo a etiologia identificada em < 15% casos. Na maioria das situações a lombalgia é considerada comum e de causa mecânica. A apresentação inicial de Linfoma Não-Hodgkin (LNH) com sede na coluna vertebral é de 0.1 a 3.3%.

Relato de caso: Mulher de 82 anos com antecedentes de hipertensão arterial essencial, perturbação depressiva, síndrome vertiginosa, gonartrose esquerda e carcinoma basocelular. Recorre a consulta do seu médico de família (MF) por dor lombar esquerda com irradiação a ambos os membros inferiores e agravamento em decúbito, sem história de trauma. Institui-se terapêutica sintomática e requisitam-se exames de imagem, que revelam coxartrose esquerda e discartrose em L4/L5. A sintomatologia não regride com o tratamento prescrito, inicialmente por má adesão terapêutica; a persistência da sintomatologia dolorosa foi enquadrada como agudização da sua Perturbação Depressiva, tendo sido feito ajuste terapêutico. Realizou RMN que revelou volumosa massa retroperitoneal de provável natureza linfoproliferativa lateralizando à esquerda com infiltração dos corpos vertebrais em L4/L5. Por este motivo foi referenciada a Hematologia que diagnosticou LNH B difuso de grandes células, estadio IV-A. Foi tratada com quimioterapia, verificando-se melhoria clínica e analítica, mantendo o seguimento multidisciplinar em consulta de Hematologia e MF.

Discussão/Conclusões: A lombalgia é um problema comum. Os LNH difuso de grandes células B é a causa mais comum de LNH, correspondendo a 40% de todos os casos diagnosticados. Os factores de risco incluem a história familiar, envelhecimento, exposição a vírus da hepatite C e VIH e história ocupacional a benzeno e pesticidas, situações estas que não se verificavam no caso em estudo. O presente caso ilustra uma causa rara associada a uma condição grave.

No idoso é importante o diagnóstico diferencial entre causas mecânicas, não-mecânicas e doença visceral. Os tumores retroperitoneais produzem sintomatologia apenas pelo efeito de massa associado, daí a importância do pedido de RMN sempre que existam sinais de alerta, em particular: manutenção e agravamento da dor, dor refratária à terapêutica e/ou perda ponderal.

P 64

"TENHO CANCRO DO PULMÃO, MAS NÃO QUERO TRATAMENTOS"

Rita Marques dos Santos; Marta Matias Costa; Margarida Marques Mano
USF Montemuro, ACeS Dão-Lafões

Introdução: O cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro em todo o Mundo, sendo o 4º cancro mais comum em Portugal. Cerca de 2/3 dos casos ocorrem nos idosos (≥ 65 anos), contribuindo para uma significativa diminuição da esperança média de vida e para o aumento dos anos potenciais de vida perdidos. Apesar de a maioria dos doentes diagnosticados aceitarem tratar a doença, alguns podem não o fazer. São fatores de risco para recusar tratamento: idade avançada, baixa escolaridade, baixo peso e *performance status* baixo. Outros fatores possíveis são: receio dos efeitos adversos, comorbilidades, pouco apoio familiar, dificuldades no transporte e uso de medicinas alternativas. Tendo em mente o conceito de "prevenção quaternária" e estando perante um doente com este diagnóstico, qual é o papel do Médico de Família, quando o utente decide não tratar a sua doença? Descrição do caso: Mulher de 90 anos, viúva, vive com os filhos, parcialmente dependente nas AVD's. Como antecedentes pessoais destacam-se: não fumadora, FA hipocoagulada, HTA e bócio multinodular. Em 2015, foi internada por suspeita de neoplasia maligna do pulmão, mas recusou investigação e tratamentos. Na TAC-tórax via-se "múltiplos gânglios mediastínicos; colapso parcial do pulmão direito; derrame pleural direito; opacificação do lobo médio e LID com broncograma aéreo e imagens nodulares à direita; provável neoplasia pulmonar direita com eventual associação de lesão infeciosa". Foi acompanhada na consulta de Pneumologia até 2016. Mais de 3 anos depois, mantém-se pouco sintomática, referindo apenas tosse e algum cansaço. Discussão: O MdF deve fornecer informação objetiva e isenta sobre os benefícios e malefícios dos MCDT's, para que os utentes possam tomar decisões informadas e conscientes. Além disso, é o MdF que faz o acompanhamento contínuo e holístico do doente, tendo intervenções não apenas curativas, mas também preventivas e paliativas. No caso dos utentes idosos com multimorbilidade, o objetivo primordial pode não ser a cura, mas a garantia de uma vida com qualidade e sem iatrogenia. Há poucos trabalhos na literatura que foquem o tema do cancro do pulmão não tratado ou a prevenção quaternária aplicada ao cancro. Ainda assim, da pesquisa efetuada concluiu-se que nos utentes idosos, com cancro do pulmão estadio I inoperável e comorbilidades significativas, é possível fazer "vigilância ativa", sem detrimento do resultado final.

P 65

IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS INTERNADOS EM HOSPITAL PRIVADO NO BRASIL

Gabriela Vincenzi de Souza; Giorgio Marinaro;
Rossana Maria Russo Funari; Ricardo Ota Pereira;
Camilla Toledo Fonzar Lopes; Marina Passos Pizzitola;
Wallace Newton Scott Júnior; Maurício Levin;
Jose Luiz Rebello de Moraes; Isabela Vincenzi de Souza
Hospital Edmundo Vasconcelos - São Paulo/Brasil

Introdução: A população mundial passa por crescente processo de envelhecimento. Estima-se que em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas. Concomitante a isso, aumenta-se também a prevalência de doenças crônicas e o grau de dependência funcional. O aumento do número das internações de idosos reflete essa realidade e se configura como importante fator para a queda da funcionalidade nesses indivíduos.

Objetivos: Verificar se há piora funcional em idosos internados em um hospital privado, bem como correlacionar fatores de risco para essa deterioração.

Material e métodos: Estudo descritivo, prospectivo e de coorte, realizado entre junho e setembro de 2018, no Hospital Edmundo Vasconcelos (HEV). A análise envolveu pacientes com idade ≥ 60 anos, admitidos em enfermaria e que permaneceram no mínimo 96 horas internados. Foram excluídos os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Utilizou-se o Índice de Katz como ferramenta para a avaliação da dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), aplicando o mesmo na admissão (M1) e 30 dias após a alta (M2). A análise das respostas foi feita da seguinte maneira: independente, dependente parcial (para algumas atividades – de uma a cinco) e dependente total (para todas as seis atividades).

Resultados: Foram avaliados 109 pacientes, a faixa etária variou entre 60 e 103 anos, com faixa etária média de 77,24. Destes 49,5% eram independentes, 38,5% eram dependentes parciais e 11,9% dependentes totais em M1. Dos estudados, 45,9% apresentavam pelo menos uma internação prévia no último ano. Durante o tempo de coleta do trabalho 25,7% dos pacientes reinternaram. Houve piora funcional de 28,1% dos pacientes quando reavaliados em M2 com IC 95% = [1,19 – 1,38]. As variáveis faixa etária > 90 anos ($p < 0,005$), demência ($p < 0,003$) e AVC ($p < 0,03$) revelaram-se fatores de risco independentes para piora funcional.

Discussão e conclusões: Este é o primeiro estudo brasileiro que avaliou o impacto da hospitalização nas ABVD de idosos em hospital particular. Evidenciou-se que a internação é um período de declínio funcional, dessa forma conhecer os fatores associados torna-se essencial, pois compromete desde a qualidade de vida do paciente e seus familiares, a hospitalização frequente e até os custos elevados com saúde. Logo, é necessário a identificação dos idosos dependentes ou pré-dispostos a esta condição, a fim de intervir e minimizar esse agravo.

P 66

CARCINOMA HEPATOCELULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Rocha Matos; Carlos Abreu Pereira
UCSP Tortosendo

Enquadramento: O carcinoma hepatocelular (CHC) é uma neoplasia maligna agressiva com uma elevada morbilidade e mortalidade, representando mais de 90% dos cancros primários do fígado. A incidência do CHC aumenta com a idade, com preponderância masculina, sendo o alcoolismo um importante fator de risco.

Descrição de Caso: Homem de 74 anos, raça caucasiana, casado, reformado, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus não insulino-tratado, dislipidemia e alcoolismo crónico apesar de múltiplas abordagens do consumo de álcool. Recorre a consulta a 30-05-2017 por quadro de dor nos quadrantes direitos abdominais. Apresentava hepatomegalia à palpação abdominal, tendo-se requisitado análises sanguíneas e ecografia abdominal que revelou "área nodular heterogénea com 48 mm de maior eixo com áreas centrais quísticas no lobo esquerdo, e no lobo direito imagem vagamente nodular com 43 mm", tendo sido pedido TC Abdominal para esclarecimento. Vem a consulta a 04-07-2017 com o resultado "Hepatomegália, esplenomegália, formações nodulares que aparentam neovascularização. A formação nodular do lobo esquerdo pode corresponder a CHC, formações nodulares do lobo direito têm comportamento sugestivo de adenoma, mas não é possível excluir hipótese de também corresponderem a CHC". Foi referenciado para consulta de Gastrenterologia, onde foi observado no dia 13-07-2017, sendo internado no dia 10-08-2017, confirmando-se o diagnóstico de CHC e referenciado para consulta de transplante. O utente teve posteriormente necessidade de vários internamentos por ascite, edema dos membros inferiores e trombocitopenia. A 29-11-2017, recorre ao serviço de Urgência por quadro de ascite, astenia e prostração, sendo internado com o diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea e acabando por falecer a 30-01-2018.

Discussão: O alcoolismo é um fator de risco *major* para o desenvolvimento de múltiplas patologias, incluindo patologias psiquiátricas, cardíacas e gastrointestinais, tais como a cirrose hepática e o CHC. O Médico de Família encontra-se numa posição privilegiada na abordagem dos hábitos de consumo de álcool, possibilitando intervenções junto aos utentes, prevenção e deteção precoce dos múltiplos problemas associados ao alcoolismo, quer sociais quer patológicos. Contudo, a deteção e abordagem destes utentes

pode ser desafiante, sendo fundamental a aquisição de conhecimentos e aptidões necessários para garantir um maior sucesso na intervenção.

P 67

DESNUTRIÇÃO NO DOENTE ONCOLÓGICO IDOSO

Pedro Barreira[1]; João Gago[1]; Andre Melicia[1];
Raquel Sanches[2]; Sara Machado[3]
[1]*USF Alcais, Alcabideche, Portugal;* [2]*USF S.Julião, Oeiras, Portugal;* [3]*USF Samora Correia, Samora Correia, Portugal*

Objetivos: Revisão da literatura, com o objetivo de descrever a prevalência, etiologia e impacto da desnutrição no doente oncológico.

Materiais e métodos: Revisão da literatura, através da pesquisa de artigos em bases de dados científicas, nomeadamente *MEDLINE/PubMed*, entre 2007 e 2019. Não foi restringida a pesquisa quanto a revistas ou língua de publicação. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram *Cancer; Malnutrition; Sarcopenia; Nutritional Therapy*.

Resultados: A desnutrição no doente oncológico é uma consequência do aumento de citocinas inflamatórias associadas ao cancro, alterações metabólicas e concomitante inadequada disponibilidade de nutrientes, pela anorexia causada pela doença e tratamentos sistémicos. A desnutrição, aliada à perda de massa muscular, são muito frequentes neste grupo de doentes e têm um efeito negativo no prognóstico. A abordagem multimodal precoce pode melhorar a qualidade de vida (QoL) e os resultados do tratamento oncológico dirigido. Novas orientações publicadas pela Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) alertam para a necessidade de detetar, avaliar detalhadamente e tratar a desnutrição, caso se confirme o diagnóstico. Geralmente, a primeira forma de suporte nutricional deve ser o aconselhamento funcional, que incorpora avaliação dos requisitos de energia e nutrientes, preparação destes e/ou modificação da textura ou conteúdo de nutrientes; aumento da frequência das refeições pela distribuição de alimentos a várias pequenas refeições; enriquecimento com aditivos energéticos e densos de proteína, oferecendo suplementos nutricionais orais e um programa reabilitacional motor personalizado. Agentes farmacológicos específicos podem ser necessários ou úteis em distúrbios gastrointestinais com impacto na ingestão ou absorção de alimentos ou associados à diminuição do apetite.

Conclusões: A abordagem da desnutrição deve sempre ser considerada como multidisciplinar, dando prioridade a um entendimento do quadro clínico, controlo nutricional, motor e medicamentoso, além da importante abordagem psicossocial, visando sempre o bem-estar do doente. Têm sido realizados vários ensaios clínicos na tentativa de investigar o real beneficio terapêutico de novos tratamentos farmacológicos, mas, até à data, ainda nenhum demonstrou impacto na pratica clínica atual.

P 68

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO – "ATÉ ONDE INVESTIR?"

Francisca Cardia; Vanessa Salvador Nunes; Paulo Carvalho
USF Terras de Azurara

Enquadramento: A anemia é uma condição frequentemente associada a idade avançada.

Tem-se registado um aumento da prevalência entre pessoas idosas, associada a declínio funcional e resultados adversos, incluindo hospitalização e morbimortalidade.

O que constitui a avaliação e tratamento adequados para um doente idoso com anemia são questões importantes.

Descrição de caso: Mulher de 102 anos, institucionalizada, com necessidade de apoio para deambulação e cuidados de higiene. Encontra-se na fase VIII do ciclo de Duvall e APGAR Familiar de Smilkstein de 6. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, insuficiência venosa e bloqueio bifascicular. Medicada cronicamente com diltiazem 60 mg e lactulose 15 mL. Recorreu à consulta com o seu Médico de Família por apresentar palidez e cansaço com uma semana de evolução. Sem noção de febre, perda de peso, dores abdominais, alterações genito-urinárias, palpitações, dor torácica ou perdas hemáticas. Ao exame objetivo apresentava-se anictérica e acianótica, mucosas pálidas, mas hidratadas, normotensa e apirética, unhas quebradiças, cabelo fino, macroglossia e queleíte. Auscultação cardiopulmonar, palpação abdominal e toque rectal sem alterações. Tendo em conta as queixas foi solicitado hemograma, glicemia, função renal e hepática. Analiticamente apresentava uma anemia normocítica normocrómica (Hb 8.1 g/dL), tendo sido medicada com hidróxido de polimaltose 2id. Pedido novo controlo analítico após um mês com hemograma, cinética de ferro, vitamina B12, ácido fólico. No seguimento em consulta foi diagnosticada anemia ferropénica pelo que se manteve tratamento já instituído. Verificou-se posteriormente necessidade de transfusões sanguíneas por valores de Hb 6.1 g/dL. Dada a idade da doente, e após discussão com a família, optou-se por não fazer estudo etiológico por não se considerar benéfico.

Discussão: A anemia é uma condição frequentemente encontrada em pessoas idosas.

É fundamental a avaliação holística de cada doente por parte do Médico de Família. As estratégias de tratamento devem ser sempre ajustadas ao desejo e prognóstico do doente geriátrico, de forma a que haja um equilíbrio entre benefícios e danos.

É pertinente que sejam elaborados estudos de forma a serem criados valores de referência ajustados à idade geriátrica.

São necessários mais estudos para avaliar o papel das diferentes abordagens terapêuticas mediante a etiologia e os valores de hemoglobina encontrados.

P 69

DIARREIA CRÓNICA NO IDOSO – UM CASO DE DOENÇA DIVERTICULAR DO INTESTINO DELGADO

Teresa Matos Queirós; Diogo Moderno Costa; Mafalda Ferreira
USF Fernando Namora USF Cruz de Celas Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A doença diverticular do intestino delgado é menos frequente do que a que ocorre no cólon. A maioria dos divertículos duodenais localizam-se na segunda porção do duodeno, geralmente na região periampular ou ampular. Embora grande parte seja assintomática, alguns deles podem manifestar-se por dor abdominal ou menos frequentemente complicar e originar diverticulite, hemorragia, perfuração, obstrução intestinal ou diarreia provocada pelo sobrecrescimento bacteriano.

Descrição de caso: Trata-se de uma idosa de 88 anos de idade, com queixas de diarreia intermitente desde há cerca de cinco meses, dor epigástrica e perda de peso. Ao exame objetivo apresentava icterícia e dor difusa à palpação abdominal profunda. Foram requisitados alguns exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises sanguíneas e coproculturas que não apresentaram alterações de relevo. Realizou estudo endoscópico digestivo que apenas mostrou a existência de esofagite e de grande quantidade de bílis no estômago. A ecografia abdominal mostrou dilatação da via biliar principal e dilatação discreta das vias biliares intrahepáticas, não sendo evidente a porção terminal do ducto biliar nem o pâncreas. Assim, optou-se pela realização de tomografia computorizada abdominal que revelou a existência de um divertículo com 5,3 centímetros com um nível hidroaéreo, localizado na segunda porção do duodeno.

Discussão: A doente cujo caso é descrito tratava-se de uma idosa com sintomas intermitentes de dor abdominal epigástrica e diarreia.

Frequentemente nestas idades pensa-se em patologias de etiologia neoplásica. De mencionar ainda a importância de excluir a possibilidade de iatrogenia medicamentosa, especialmente em idosos polimedicados. Contudo, importa não esquecer que os divertículos duodenais, embora incomuns, são também um diagnóstico diferencial. A sua maioria não requer tratamento a não ser que se associem a complicações, principalmente pancreaticobiliares como a icterícia ou a colangite.

Os idosos apresentam menor reserva funcional e, devido à sua fragilidade, os sintomas facilmente podem descompensar outras patologias e conduzir rapidamente a maior dependência.

P 70

LEUCEMIA NO IDOSO – QUANDO A EMERGÊNCIA NOS BATE À PORTA

Joana Lopes; Fábio Borges; Maria Liberal; Carlos Tinoco; João Matos
USF S. Miguel O Anjo

Enquadramento: A leucemia mieloide aguda (LMA) refere-se a um conjunto de neoplasias hematopoiéticas da linhagem mieloide. A leucemia promielocítica aguda (LPA) é uma das suas variantes (5-20% dos casos de LMA). É uma emergência médica com uma elevada taxa de mortalidade, maioritariamente por hemorragia pela coagulopatia característica. É crítico iniciar tratamento o mais precocemente possível.

Descrição do caso: Mulher de 67 anos de idade, autónoma, sem antecedentes pessoais e/ou familiares de relevo. Recorre a consulta aberta na sua USF por dor, eritema e endurecimento da perna direita. Ao exame objetivo apresentava sinais de flebite com endurecimento da região poplítea direita seguindo o trajeto venoso no sentido distal e anterior. Terá sido medicada com enoxaparina 60 mg/0,6 ml, diosmina 900 mg. Foi alertada para os sinais de alarme que motivassem nova observação médica.

Cerca de duas semanas depois, a doente dirigiu-se ao serviço de urgência por aparecimento de hematomas dispersos no corpo, sem outras queixas de novo. Ao exame objetivo de realçar a presença de pequenos hematomas na região inguinal direita, na região inferior do tórax à direita e quadrante superior interno da mama esquerda. Foi solicitado estudo analítico que revelou trombocitopenia de 26000/uL, acentuada monocitose com a presença de monócitos imaturos e cerca de 1-2% de blastos. Prolongamento do tempo de protrombina 16.9 seg (normal até 12,1 seg) e INR 1,55.

Foi contactado o serviço de hematologia clínica que orientou a doente, sendo posteriormente diagnosticada com LPA inaugural de alto risco hemorrágico.

Discussão: Apesar de pouco frequente, especialmente nos idosos, a LPA é extremamente fatal, com uma sobrevivência média baixa sem tratamento. Por diversas vezes, como este caso demonstra, um quadro clínico complexo e grave apresenta-se de forma simples. A flebite superficial não complicada é geralmente um diagnóstico clínico relativamente comum, sendo baixa a probabilidade de tromboembolismo venoso profundo. Posto isto, normalmente, não são necessários estudos adicionais e o tratamento é sobretudo sintomático sem necessidade de hipocoagulação. Importa, portanto, refletir que em contexto de cuidados de saúde primários deparamo-nos frequentemente com o quadro clínico numa fase precoce da história natural da doença e sem meios complementares diagnósticos associados. Esta realidade, ao dificultar o diagnóstico diferencial e a decisão clínica pode influenciar o prognóstico final do quadro.

P 71

INSÓNIA NO IDOSO

César Matos[1]; António Assunção[2]; Ana Maria Pinto[3]; Daniela Malta[1]
[1]UCSP Azeitão; [2]USF Viriato; [3]USF Lusitana

Introdução: As alterações do sono surgem com uma prevalência crescente com o avançar da idade, estimando-se atingir mais de 50% dos idosos. Alguns riscos relacionados com estas alterações como o isolamento social e o aparecimento de patologias físicas e mentais, condicionam assertivamente a qualidade de vida do idoso.

Objetivos: Rever a literatura acerca das diferentes etiologias, avaliar e abordar no Idoso nos Cuidados de Saúde Primários e os tratamentos disponíveis.

Metodologia: Pesquisa de artigos científicos nas bases de dados *Medline/Pubmed*, sites de normas de orientação clínica e livros específicos. Palavras-chave: *Primary Health Care, Sleep Disorders, Insomnia, Aged* e *Therapy*.

Discussão/resultados: O médico de família é um dos elementos mais importantes nos cuidados a este grupo vulnerável e deve estar atento às queixas de insónia como os despertares mais precoces, a dificuldade em manter o sono nas primeiras horas da manhã, o aumento da latência inicial de sono, a diminuição da eficiência do sono e a degradação da sensação de sono reparador. Vários estudos apontam também para um aumento do número de despertares noturnos e diminuição da duração total de sono, à custa de redução do tempo passado em fase III e IV de sono NREM e em sono REM. Estas alterações são documentadas na população geriátrica em geral, inclusive no grupo de indivíduos que não reporta queixas de insónia, sugerindo que farão parte da normal fisiologia do sono nos idosos. Assim, estas alterações deverão apenas ser conotadas como patológicas quando se fazem acompanhar por sintomas diurnos. O papel das sestas no idoso permanece controverso. O tratamento da insónia no idoso é feito, na maioria dos casos, com recurso a fármacos hipnóticos, amplificando o risco de quedas e morte em indivíduos já polimedicados. A pesquisa realizada indica que a as medidas higieno-dietéticas e a terapia cognitivo-comportamental deverão ser a primeira opção para o tratamento desta condição.

Conclusão: A terapêutica não farmacológica tem demonstrado elevada adesão especialmente em sintomatologia crónica. No entanto a modulação farmacológica é a principal via de tratamento e dotada de potencialidade de resolução do problema, apesar dos efeitos adversos reportados. A efetividade terapêutica é superior mediante a associação dos dois tratamentos mencionados.

P 72

O SOM NO VAZIO....

Andreia Flora; Sandra Quitério
USF São Domingos

Enquadramento: Demência vascular corresponde à degeneração cognitiva secundária a doença cardiovascular. Segundo um estudo recente português, constitui a principal causa de demência em Portugal.

Descrição do caso: Mulher de 92 anos, com antecedentes de doença coronária, fibrilhação auricular, diabetes mellitus, hipoacusia e doença renal crónica. Medicada com lisinopril 20 mg, alopurinol 100 mg, atorvastatina 10 mg, furosemida 40 mg, apixabano 2,5 mg, espironolactona 25 mg e nebivolol 2,5 mg. Doente recorreu a consulta com o seu médico de família (MF) em Dezembro 2018 por queixas de insónias e zumbidos, referindo ainda que uma vizinha tocava à sua campainha todas as noites. Do exame objetivo destacou-se hipoacusia marcada, exame neurológico normal e foi medicada com trazodona 150 mg. Um mês depois, filhos referiram ao MF sintomas de agressividade, optou-se por ajustar terapêutica, adicionando-se quetiapina 25 mg e solicitar TC-CE que revelou "alterações sugestivas de isquémia crónica, atrofia hemisférica cerebral difusa e lesão expansiva extra-axial provavelmente relacionada com pequeno meningioma". Perante os achados encontrados e a recusa por parte da doente em cumprir medicação, referenciou-se para as consultas de Psiquiatria e Neurologia do hospital de referência. Em Março 2019, os filhos da doente recorreram novamente a consulta com MF pois mantinha delírio persecutório e agressões para com a vizinha. O MF solicitou internamento compulsivo, a doente foi trazida ao serviço de urgência e avaliada por Psiquiatria, tendo-se apurado "défices de memória desde há 2 anos, com início abrupto de alucinações acústico-verbais elementares e delírio persecutório bem sistematizado, dirigido à vizinha, com agravamento dos comportamentos de heteroagressividade". Durante o internamento, foram excluídas causas reversíveis de demência e iniciou terapêutica com olanzapina 2,5 mg e donepezilo 5 mg, com necessidade de ajuste posterior de dose, por manutenção de sintomatologia. Foram discutidas com a família opções para resolução da situação social da doente, prevendo-se alta clínica do internamento de Psiquiatria a curto prazo.

Discussão: Tendo em conta os vários achados clínicos e imagiológicos, a hipótese de diagnóstico mais provável é tratar-se de um caso de demência vascular que se manifestou essencialmente por sintomas psicóticos. Caberá ao seu MF gerir a situação clínica da doente após a alta hospitalar, estando atento a eventual descompensação psiquiátrica.

P 73

QUANDO A SONDA ALIMENTA

Ana Cláudia Paiva; Andreia Marques; Marisa Garcês
USF São João de Sobrado

Introdução: As necessidades alimentares acompanham o desenvolvimento humano, variando com a idade e patologias. Uma alimentação saudável e equilibrada contribui para a manutenção de um bom estado nutricional, prevenindo a desnutrição, mais relevante na população idosa. Há situações em que apenas é tolerada a alimentação entérica, sendo a sonda nasogástrica a via de alimentação mais utilizada. Como é uma forma de nutrição artificial e de recorrente uso na população dependente, é de extrema importância o conhecimento médico acerca da mesma.
Objetivos: Este trabalho pretende fazer uma revisão clássica acerca da alimentação por sonda nasogástrica no idoso dependente: as suas indicações, contra-indicações, complicações e produtos/alimentos utilizados.
Material e métodos: Revisão clássica da literatura, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de livros do âmbito da Nutrição Clínica e de artigos de revisão na base de dados *Pubmed* e sítios de medicina baseada na evidência. Foram utilizados como termos *MeSH Enteral Nutrition [Majr], Nutritional support, elderly* e pesquisados artigos publicados nos últimos 5 anos, nas línguas portuguesa e inglesa.
Resultados: A alimentação entérica é uma forma de nutrição indicada para situações em que através da via oral não é possível fornecer um aporte suficiente de nutrientes. Pode ser parcial ou exclusiva, intermitente ou contínua, consoante a sua indicação. Relativamente aos alimentos administrados pela sonda podem ser artesanais ou industriais. A administração entérica pode ser feita por várias vias, sendo a sonda nasogástrica a mais utilizada nos idosos dependentes em ambulatório. A intolerância digestiva e a broncoaspiração são as principais complicações. No entanto, há muitas vantagens, como a possibilidade de serem administrados medicamentos, existir controlo externo do aporte nutricional do idoso e não ser necessária a hospitalização.
Discussão/conclusão: Conforme as suas necessidades, o idoso dependente pode ser alimentado através de sonda nasogástrica e manter-se no domicílio. Se houver condições físicas e cuidadores responsáveis, esta é uma mais-valia pois evita a hospitalização, permitindo o bem-estar do doente. Para que isto seja um processo de fácil adaptação para a família e o próprio idoso, é importante que o médico assistente se encontre atento e informado acerca desta via de nutrição de modo a esclarecer dúvidas que certamente surgirão. Destaca-se assim, mais uma vez, a importância da relação médico-doente-família.

P 74

TIMOMA - UMA SURPRESA DE LINFÓCITOS ATÍPICOS

Raquel Ribeiro; Marisa Gonçalves; Sofia Teotónio; Helena Gomes
USF Rafael Bordalo Pinheiro, ACeS Oeste Norte

Enquadramento: Os timomas são neoplasias epiteliais tímicas raras e representam cerca de 50% dos tumores do mediastino anterior. Podem ser assintomáticos, no entanto, sintomas como dispneia, dor torácica, tosse, cansaço e perda ponderal podem estar presentes.
Os timomas associam-se frequentemente a doenças autoimunes (miastenia gravis, lúpus eritematoso sistémico, artrite reumatoide) e a síndromes hematológicos (aplasia pura de eritrócitos, pancitopenia, hipogamaglobulinemia).
Os diagnósticos diferenciais incluem doenças linfoproliferativas, tumores de células germinativas e cancros metastáticos.
O tratamento pode exigir uma abordagem multimodal e o prognóstico parece depender do estádio do tumor no momento do diagnóstico.
Descrição de caso: Doente do género masculino, 74 anos, casado, autónomo, residente no domicílio com a esposa.
Em consulta de vigilância de hipertensão arterial apresentava, pela primeira vez, um hemograma com linfócitos atípicos. Negava queixas sistémicas ou específicas de órgão. O exame objetivo revelou-se sem alterações, nomeadamente sem adenopatias. Na consulta de reavaliação as serologias virais foram negativas, a ecografia abdominal não revelou alterações, mantinha linfócitos atípicos e apresentava uma radiografia de tórax com opacidade homogénea retrosternal. Foi pedida TC torácica urgente que revelou uma lesão sólida ocupando espaço projetada à gordura da loca tímica colocando a dúvida radiológica entre timoma e lesão linfoproliferativa. O doente foi referenciado a consulta de Hematologia. Neste momento está estabelecido o diagnóstico de timoma e o doente encontra-se a realizar radioterapia.
Discussão: A prescrição de hemograma é uma prática frequente em consultas de vigilância a doentes com comorbilidades.
Habitualmente, o timoma é um incidentaloma em radiografias de tórax ou em TCs torácicas realizadas por outros motivos clínicos.
No caso clínico apresentado foi a persistência de linfócitos atípicos que desencadeou toda a marcha diagnóstica.
A relação de proximidade com os doentes é uma condição privilegiada para gerir em tempo útil sinais precoces de doença. É esse o grande almejo da Medicina Geral e Familiar.

P 75

VERTIGEM NO IDOSO: ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria João Gonçalves[1]; Cristiana Reis[2]; Rodrigo Costa[1]; Clara B. Fonseca[3]; José P. Soares[2]
[1]USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental; [2]IUSF S. Martinho, ACeS Tâmega II; [3]USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental.

Introdução: A vertigem corresponde a uma sensação subjetiva de movimento dos objetos sem a existência real deste. É muito comum na população idosa, com uma prevalência de cerca de 30% em indivíduos com mais de 60 anos. A vertigem nos idosos é um forte preditor de quedas. Alterações no equilíbrio em pessoas idosas requerem diagnóstico precoce e tratamento adequado.
Objetivos: Revisão das causas mais frequentes de vertigem no idoso e a sua abordagem ao nível dos CSP.
Metodologia: Revisão clássica através da pesquisa bibliográfica segundo as recomendações nacionais e internacionais na *Pubmed, Medscape* e Revista APMGF, utilizando as palavras-chave *Vertigoe Primary Care*, de artigos escritos em português e inglês, e publicados nos últimos 10 anos.
Resultados: Idosos com vertigem apresentam um risco significativo de queda sendo que esta, para além de ser a principal causa de morte acidental no idoso, conduz invariavelmente à restrição da mobilidade, perda de independência e maior probabilidade de desenvolvimento de patologia infeciosa, endócrina e cardiovascular. Uma vez que a principal causa de vertigem nos CSP é a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), o principal objetivo do exame físico é reproduzir a vertigem através da manobra de Dix-Hallpike (DH), pois, se positiva, diagnóstica VPPB (não excluindo se negativa) e o tratamento pode ser realizado no consultório através da manobra de Epley. A manobra é segura e efetiva no tratamento a curto prazo, tendo uma taxa de sucesso de 77% após uma realização e de 100% após várias e a evidência comprova que pode e deve ser realizada nos CSP, pelo Médico Assistente (MA).
Discussão: O envelhecimento conduz a alterações deletérias nos múltiplos sistemas que intervêm na manutenção do equilíbrio implicando uma abordagem multissistémica e orientada para os sistemas visual, proprioceptivo e vestibular. A VPPB e o AVC devem ser sempre considerados, dada a frequência do primeiro e a gravidade do último.Apesar dos termos "benignos" sugerirem um bom prognóstico, os síndromes vertiginosos não dispensam um tratamento pró-ativo pois condicionam uma perda considerável da qualidade de vida, principalmente nos doentes mais idosos, pela grande limitação nas suas atividades da vida diária e pelo elevado risco de queda e de síndrome depressivo. Assim, se na maioria dos doentes a vertigem pode ser tratada a curto prazo nos CSP, vemos o papel central no diagnóstico precoce e tratamento desta patologia pelo MA.

P 76

ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA NO IDOSO

Karla Marín; Ana Campos de Sousa; Rita Oliveira; Carolina dos Reis
UCSP S. Neutel- Chaves 1 UCSP Chaves IB

Introdução: Nos últimos anos, acumulou-se evidência científica a favor do aumento da presença de produtos de origem vegetal na nossa alimentação. Uma alimentação vegetariana estrita, quando bem planeada, pode preencher todas as necessidades nutricionais e ser adaptada a todas as fases do ciclo de vida. A alimentação vegetariana não possui restrições em nenhuma faixa etária. A recomendação é que o idoso, ovolactovegetariano, lactovegetariano ou vegan, procure orientação de médicos para seguir uma alimentação vegetariana adequada as suas necessidades.
Objetivos: Analisar as características da dieta vegetariana, as suas deficiências e eventuais benefícios e dotar o profissional de saúde de noções básicas na abordagem da nutrição do idoso vegetariano.
Material e métodos: Foi realizada uma revisão clássica da evidência, dando enfase ao Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
Resultados: A adoção e manutenção de uma dieta vegetariana exige um mínimo de conhecimentos específicos, alimentares e nutricionais, que apesar de serem simples, não são intuitivos. Dietas vegetarianas são saudáveis e nutricionalmente adequadas em todas as fases do ciclo de vida, podendo ser úteis na prevenção e tratamento de certas doenças crónicas. As principais preocupações são com os níveis baixo de vitamina D em idosos vegetarianos, bem como estados nutricionais marginais de ferro e zinco. Um aporte nutricional adequado de vitamina D nas mulheres idosas vegetarianas é essencial para manter uma adequada densidade mineral óssea e a sua ingestão, combinada com uma adequada exposição solar, deve ser assegurada. Devido a alterações da absorção, o risco de deficiência de vitamina B12 aumenta com a idade, possivelmente, no caso dos vegetarianos, devido à redução das reservas desta vitamina, esta manifestação poderá manifestar-se mais cedo; portanto deverá prestar-se particular atenção a esta situação.
Discussão/Conclusões: Parece demonstrado o possível benefício da dieta vegetariana em determinadas patologias, nomeadamente hipertensão arterial, hipercolesterolémia, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade, todos factores de risco de doença cardiovascular; este facto, associado à tendência demonstrada pelos vegetarianos para menor incidência de tabagismo e alcoolismo, contribui para a significativa diminuição da morbilidade e mortalidade cardiovascular nesta população. A adopção da dieta vegetariana comporta, contudo, alguns riscos como carência de nutrientes.

P 77

CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE OSTEOPOROSE: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Ana Sofia Pinto; Filipe Cunha Santos; Luís Matos; Sérgio Anunciação; Paula Rocha; Isabel Neves; Carlos Pontinha; Gina Monteiro: Rita Batista; Joana Fonsesa Ferreira; Cláudia Vaz
Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: Aproximadamente 1 em cada 3 mulheres e 1 em 5 homens com mais de 50 anos irá sofrer uma fratura no decorrer da sua vida. Aproximadamente 1/3 das pessoas com mais de 65 anos tem uma queda a cada ano, sendo que este risco aumenta com a idade. Desde Janeiro de 2017, foi iniciada a consulta de Osteoporose na ULS-Guarda, o seu desenvolvimento tem sido dinâmico, com participação multidisciplinar, com o objetivo de optimizar os cuidados de saúde proporcionados.

Objetivos: O principal objetivo desta consulta é identificar os pacientes com osteoporose fraturária e instituir terapêutica de prevenção secundária.

Material e métodos: Todos os doentes com fraturas da anca, de baixo impacto e com potencial de reabilitação, internados no Serviço de Ortopedia da ULS-Guarda foram enviados para a consulta de Osteoporose, assim como outros doentes com fraturas identificados por diferentes especialidades.

Resultados: Desde janeiro de 2017 a maio de 2019, cerca de 98 pacientes foram encaminhados para a consulta de Osteoporose. Destes, 21 pacientes faltaram à consulta, dos quais 90% eram do sexo feminino e com uma idade média 83.0 anos ($\delta \pm 11.0$).

Cerca de 77 doentes apresentaram-se à consulta, sendo 90.9% do sexo feminino, com uma idade média de 77.3 anos ($\delta \pm 11.1$), ou seja, inferior à idade média dos doentes que faltaram à consulta. Foram identificadas 169 fraturas, das quais 38% eram fraturas do fémur e 25% fraturas vertebrais. Aproximadamente 42% dos doentes (32) apresentavam apenas uma fratura, os restantes apresentavam ≥ 2 fraturas. A maioria dos doentes (87%) apresentaram uma fratura em consequência de uma queda de baixo impacto. Apenas 32.4% fazia suplementação de vitamina D, 29.9% dos doentes fazia suplementação com cálcio e 18.2% fazia terapêutica anti-reabsortiva antes da consulta. Após a consulta, 93.5% dos doentes foram suplementados com cálcio e vitamina D, 34% medicados com alendronato, 26% com zolendronato, 9% com teriparatida e 2.5% com denosumab. Cerca de 11.7% dos doentes apresentavam contraindicação (DRC/acamados) ao tratamento ou dificuldades económicas para realizar denosumab. Durante este período, cerca de 7.8% dos doentes faleceram.

Conclusões: As quedas são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em adultos levando, em último caso, à redução da independência, isolamento social e morte. Sendo o principal objetivo desta consulta uma educação do doente para a necessidade de realizar tratamento e ainda uma prevenção eficaz de quedas.

PATROCÍNIO CIENTÍFICO

GOLD SPONSOR

MAJOR SPONSORS

SPONSORS

SECRETARIADO

admédic
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C Sala 3
1000-027 Lisboa
+351 21 842 97 10
ana.pais@admedic.pt
www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

admédic Tours

+351 21 841 89 50
paula.cordeiro@admedictours.pt
www.admedictours.pt
RNAVT 2526