# VIIJORNADAS DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETE

## DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E NUTRIÇÃO DE AVEIRO

23 e 24 maio 2019 Meliá Ria Hotel, Aveiro





**Programa** Científico



### **Programa** Científico

#### **23 maio 2019** 5<sup>a</sup> Feira

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-12:00h Mesa-Redonda: SALA SANTIAGO

Tratamento da diabetes tipo 2 - Terapêutica nutricional

Moderadoras: Isabel Albuquerque e Flora Correia

0 que se sabe – Recomendações

Carla Pedrosa

O que se diz por aí - Mitos

Mariana Oliveira

O que o futuro nos reserva - Perspetivas

Tânia Magalhães

10:30-10:45h Intervalo

Moderadoras: Marília Ferreira e Júlia Figueiredo

Em situações clínicas específicas

Carla Guerra

No padrão alimentar vegetariano

Ana Isabel Duarte

09:00-11:00h Mesa-Redonda: SALA SANTO ANTÓNIO

Tratamento da diabetes tipo 2 - Terapêutica farmacológica

Moderadoras: Carlos Simões Pereira e Alexandra Ramalho

Recomendações de 2019 - 0 que há de novo?

Teresa Azevedo

Como iniciar insulina?

Rosa Dantas

O papel dos novos fármacos

Joana Guimarães

11:00-11:15h Intervalo

11:15-12:00h Mesa-Redonda: SALA SANTO ANTÓNIO

Inovar na diabetes

Moderadores: Margarida França, Frederico Cerveira e Manuel Lebre

TeleSaúde: Uma forma de articulação de cuidados Rafael Franco (Centro Nacional de TeleSaúde)

Projeto piloto no Baixo Vouga

Joana Guimarães e Conceição Guimarães

12:00-12:15h Sessão de abertura

12:15-13:00h Simpósio: Empagliflozina na diabetes tipo 2: A evidência que dita a diferença

Palestrante: Selma Souto

Boehringer Ingelheim

n Zilly

AstraZeneca 2

13:00-14:00h Almoço

14:00-14:45h Simpósio: O doente em 2013 e o doente em 2019 – A evolução no tratamento da DMT2

Moderador: Carlos Simões Pereira Palestrante: Patrícia Oliveira

14:45-16:00h Mesa-Redonda: Os "alvos" da glicemia

Moderadores: José Rente, Nuno Figueiredo e Augusto Neves

Doença arterial periférica: Como avaliar?

Marta Ferreira

Neuropatia diabética: Como procurar e tratar?

Joana Domingues

Nefropatia: Proteção e contraindicação

Telma Santos

16:00-16:30h Intervalo

16:30-17:30h Mesa-Redonda: Novas perspetivas na diabetes

Moderadores: Manuel Santos, Leonor Gomes e José Carlos Marinho

Heterogeneidade fenotípica na diabetes

Paula Macedo

Medicina de precisão ou personalizada?

Joana Guimarães

17:30-18:30h Apresentação de Comunicações orais

Moderadoras: Margarida Balsa e Raquel Nadais

CO 01 a CO 11 (Ver página 4)

Moderadoras: Raquel Almeida e Lara Sutil

CO 12 a CO 20 (Ver página 8)

SALA SANTO ANTÓNIO

SALA SANTIAGO

18:30h Encerramento do 1º dia das Jornadas

2 VII JORNADAS DE **ENDOCRINOLOGIA**, **DIABETES E NUTRIÇÃO DE AVEIRO** 

#### **24 maio 2019** 6<sup>a</sup> Feira

VII JORNADAS

DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES

E NUTRIÇÃO DE AVEIRO

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:45h Mesa-Redonda: Tiróide

Moderadoras: Cristina Ribeiro e Celeste Lincho

**Nódulo e ecografia** Teresa Azevedo

Hipotiroidismo subclínico – Como e quando tratar?

Sara Ferreira
Tiróide no idoso
Patrícia Rosinha
A tiróide no laboratório

Joana Couto

10:45-11:15h Intervalo

11:15-11:45h Conferência: Dia Internacional da Tiróide

Moderadores: Sandra Paiva e Ramiro Pastorinho

A interferência de contaminantes ambientais na tiróide

Ana Sousa

11:45-13:00h Mesa-Redonda: A Endocrinologia no laboratório

Moderadoras: Isabel Paiva e Lara Sutil

**PRL** 

Filipe Cunha
Cortisol

Ana Margarida Balsa

PTH

Nuno Vicente

13:00-14:00h Almoço

14:00-15:00h Conferência: Dislipidémias e tratamento

Moderadores: José António, Sandra Almeida e Susana Rios

Dislipidémia ou dislipidémias?

Lia Ferreira

O papel dos inibidores da PCSK 9 - Quem e quando?

Mesquita Bastos

15:00-16:00h Mesa-Redonda: **Obesidade e cirurgia** 

Moderadores: Patrícia Oliveira e João Terrível

O papel dos cuidados de saúde primários - Antes e depois

Isabel Inácio

Contracepção e gravidez

Márcia Alves

16:00-16:30h Intervalo

16:30-17:00h Conferência: Relógio biológico

Moderadores: Fernando Mautempo e Margarida Bastos O impacto do trabalho por turnos no sistema endócrino

Rosa Dantas

17:00-18:30h Mesa-Redonda: As novas tendências

Moderadoras: Márcia Alves, Carla Pedrosa e Sandra Januário

Terapêutica anti-envelhecimento

Joana Simões Pereira

Terapêutica anabolizante no exercício físico

Diana Oliveira

Suplementação proteica

Mónica Sousa

18:30h Sessão de encerramento e entrega de prémios





## Aceder à versão digital do Programa

#### **RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS**

#### COMUNICAÇÕES ORAIS

SALA SANTO ANTÓNIO

CO O

## TIROIDITE DE QUERVAIN – RELATO DE CASO TÍPICO COM ACHADO ATÍPICO

Joana Simões da Silva; Paulo Brites Fernandes; Paula Alves Teixeira; Carine Alves Silva; Tiago Sá e Pinho USF Áqueda + Saúde

Introdução: A tiroidite de Quervain é uma entidade rara, sendo a principal causa de dor referida á tiroide. A infecção prévia da orofaringe é comum. O tratamento é sintomático e a resolução do quadro é, habitualmente, espontânea.

Caso clinico: Utente do sexo feminino, 27 anos, inicia quadro de odinofagia e mal-estar geral para a qual se auto-medica com ibuprofeno 600mg de 8/8h. Volvidas 2 semanas refere manutenção do mal-estar, associado agora a mialgias, sudorese noturna, cervicalgia anterior com agravamento progressivo, incapacitante, irradiação temporo-mandibular direita e disfagia. Ao exame objetivo salienta-se tiroide de dimensões aumentadas, consistência elástica, móvel à deglutição, francamente dolorosa. Solicita-se ecografia da tiroide e estudo analítico com função tiroideia. Medica-se com AAS 100mg de 6/6h.

A ecografia revela: tiróide globosa e assimétrica, observando-se no lobo direito a ocupar o terço médio e inferior, formação expansiva ovalada com 39,5x27x18 mm para a qual se sugere punção aspirativa. No lobo esquerdo 2 formações nodulares contiguas com 11,7x8,7 e 6,4x5,8 mm. Analiticamente:Hb 11,3 g/dL;Plaquetas 495 10E3/mm³; Leucócitos 11,72 10E3/mm3; VS 77mm;TSH 0,5 uU/mL;T4 1,2 ng/dL; anticorpos anti-tiroideus negativos. Pelo achado ecográfico foi feita citologia aspirativa no imediato com o seguinte resultado histologico: nódulo major - tiroidite linfocítica — Classificação de Bathesda II, os nódulos à esquerda revelaram lesão folicular de significado indeterminado.

Por manutenção de quadro álgico associado a taquicardia foi solicitado novo controlo analítico um mês após o inicio da sintomatologia cervical: Hb 10.6 g/dL; Leucócitos 12,29 10E3/mm³; Plaquetas 541 10E3/mm³; VS 59mm; PCR 58,02 mg/dL; TSH 0,01 uU/mL; T4 Livre 1.6 ng/dL; T3 283 ng/dL.

Solicitou-se repetição de análises laboratoriais 6 semanas após a 2ª avaliação que revelaram: Hb 12,3 g/dL; Plaquetas 346 10E3/mm³; Leucócitos 9,4 10E3/mm3; VS 9 mm; PCR 5,56 mg/L; TSH 5,33 uU/mL; T4 1 ng/dL; T3 169 ng/dL.

A utente foi referenciada para a consulta de endocrinologia para vigilância de nodulo suspeito, que em ecografia de controlo, realizada após 6 meses do inicio do quadro, não se objetivou.

Conclusão: Trata-se de um caso típico de tiroidite subaguda, que revelou achado ecográfico suspeito em fase aguda e que não se objetivou posteriormente. Coloca-se a questão da pertinência da realização de exame histológico em fase aguda, que nesta situação em particular, não se mostrou adequada.

CO 02

#### COMO SÃO OS PAIS DAS CRIANÇAS OBESAS?

Ana Luísa Pires; Ana Carolina Araújo;, Ana Rita Reis; Flávia Soares; Juliana Castro; Sara Silva; Eduarda Vidal USF Terras Santa Maria

Introdução: O excesso ponderal infantil temaumentado e está associado agraves problemas de saúde. O objetivo foi estudar a associação entreoexcesso ponderal infantil e dos progenitores.

Métodos: Estudo retrospetivo, de caso controlo. População: utentes da USFTerras de Santa Maria, com 2 ou mais anos e menos de 17 anos e 364 dias, obtida através da plataforma Mim@uf. Amostra do grupo estudo: utentes com 2 ou mais anos e menos de 17 anos e 364 dias com codificação T82-Obesidade ou T83-Excesso de peso, nos problemas ativos. Amostra do grupo controlo: utentes da mesma faixa etária, sem a codificação referida. Foram selecionados casos até obtenção da amostra completa, com proporção de 2 para 1 em relação ao grupo estudo, com reposição de excluídos. Tratamento dos dados: SPSS®; teste  $_{\rm X}2$  para estudar a associação entre crianças e pais com excesso ponderal. Significância estatística: p<0,05.

Resultados: foram identificados 1692 utentes com idade no intervalo definido;118 faziam parte do grupo de estudo, 59 com obesidade e59 com excesso de peso. Das crianças com peso não normal, 62.8% tinham pelo menos um progenitor com peso não normal ( $_{\rm X}2=31.9$ ; p<0,0001). Das crianças obesas67.6% tem pelo menos um progenitor com peso não normal ( $_{\rm X}2=29.5$ ,p<0,0001). Por outro lado, apenas 27.1% das crianças com excesso de peso têm pelo menos um progenitor com o mesmo problema e 44.1% têm pelo menos um pai com obesidade, sem significância estatística.

Discussão: A intervenção do médico de família terá que ser ajustada, de modo a conseguir alcançar diferentes faixas etárias e dinâmicas familiares. As autoras apontam como possível solução deste problema a criação de uma consulta de obesidade familiar.

**Conclusões:** este estudo mostra uma relação clara de obesidade entre pais e filhos, o que pode traduzir um problema familiar.

Palavras-chave (termos MeSH): Obesidade pediátrica; excesso de peso.

CO 03

## IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NA DISFUNÇÃO TIROIDEIA NA GRAVIDEZ: ESTUDO NUMA USF

Ana Rita S. Pereira; Catarina Fortunato; Mª José Oliveira; Cláudia Palmeira USF Moliceiro

Introdução: Em janeiro de 2018 foi implementado, nos CSP do ACeS em análise, o "Protocolo de atuação na disfunção tiroideia na gravidez". Este enfatiza a necessidade de observação em consulta de Endocrinologia de todas as grávidas com patologia tiroideia conhecida (pré-concecional ou precocemente na gravidez) e das que apresentam TSH > 2.5mU/L no 1º trimestre(T). As hormonas tiroideias são responsáveis pela regulação do metabolismo celular e desempenham um papel determinante no crescimento e desenvolvimento dos órgãos, especialmente do cérebro. Desta forma, revela-se fundamental a sua vigilância quer na pré-conceção, quer durante a gravidez.

**Objetivo:** Avaliar a implementação do protocolo de atuação na disfunção tiroideia na gravidez numa USF.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo. Dimensão estudada: qualidade técnico-científica. Unidade de estudo: todas as grávidas pertencentes aos ficheiros de todos os médicos da USF, no período de fevereiro de 2018 a março de 2019. Dados obtidos através do MIM@UF. Variáveis em análise: presença de antecedentes de doença tiroideia; pedido de TSH (pré-concecional e 1°T); adequada referenciação a consulta de Endocrinologia. Colheita de dados a partir da informação do SClínico®. Registo e análise dos dados no Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: Obteve-se uma amostra final de n=72 grávidas, com idade compreendida entre os 16 e os 49 anos (média=32,2 anos). Da amostra, n=7 apresentavam antecedentes de doença tiroideia, das quais n=5 com prescrição de medicação para patologia da tiróide. Das medicadas (n=5), n=2 com TSH alterada e n=3 sem avaliação de TSH no 1°T. Nenhuma das grávidas com antecedentes de patologia da tiróide foi referenciada a consulta de Endocrinologia do hospital de referência. Da amostra, n=16 realizaram estudo pré--concecional e n=52 tinham avaliação de TSH no 1°T (n=44 com TSH normal e n=8 com TSH elevada). Das grávidas com TSH elevada, n=2 foram referenciadas a consulta de Endocrinologia e todas foram referenciadas à consulta de Obstetrícia do hospital de referência.

Da análise destes resultados, consideramos essencial melhorar o estudo da função tiroideia das grávidas e mulheres que desejam engravidar, bem como a sua referenciação precoce, quando necessário. Desta forma, pretendemos realizar um trabalho de melhoria da qualidade com intervenção multidisciplinar e nova avaliação.

#### CO 04

#### MOLA HIDATIFORME COMPLETA INVASIVA: UMA CAUSA RARA **DE HIPERTIROIDISMO**

Sara Correia; Pedro Rodrigues; Lúcia Almeida; Sandra Batista; Maria João Olveira Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia; Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, Vila Nova

Introdução: A mola hidatiforme (MH) é uma forma de doença trofoblástica gestacional e pode ser classificada em completa ou parcial. As doentes geralmente apresentam hemorragia vaginal, dor pélvica e hiperemese. O hipertiroidismo clínico pode ocorrer em 10% dos casos devido ao efeito da gonadotrofina coriónica humana (hCG) nos receptores da TSH. Caso clínico: Mulher, caucasiana, 53 anos, 2G 2P, com ciclos menstruais e sem uso de método contracetivo, foi admitida no Servico de Urgência de Ginecologia por queixas de hipogastralgias e hiperemese com 1 mês de evolução. Ao exame ginecológico apresentava uma tumefacção hipogástrica endurecida e perda hemática pelo orifício cervical externo. A ecografia pélvica mostrou um útero distendido com material ecogénico com 81 mm de espessura a preencher a cavidade uterina. Doseamento de β-hCG >10000mlU/mL (0-2). Foi internada para curetagem aspirativa cuja amostra foi compatível com MH Após o procedimento foi efetuado doseamento da função tiroideia com TSH 0,01µUI/mL (0,27-4,20),T4 livre 2,26ng/dL (0,93-1,70) e T3 livre 4,85pg/mL (2,57-4,43). Ao exame objetivo apresentava também taquicardia sinusal, tremor distal fino e tiróide palpável e indolor. Anticorpos anti-tiroideus e anti-recetor da TSH negativos. A ecografia da tiróide revelou uma glândula homogénea, sem nódulos e com fluxo Doppler normal. Iniciou terapêutica com propranolol e metibasol com melhoria progressiva dos sintomas de hipertiroidismo e normalização das fracções livres de T4 e T3 em 2 dias, permitindo intervenção cirúrgica. Foi submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral por via abdominal, que decorreu sem intercorrências. No 3º dia de pós-operatório, os níveis de β-hCG desceram para 5023mIU/mL. As doses de propranolol e metibasol foram gradualmente reduzidas e descontinuadas à data de alta. O exame histológico estabeleceu o diagnóstico de MH completa invasiva. Radiografia do tórax sem alterações. Doze semanas após a cirurgia apresenta β-hCG de 2,8mlU/ mL e função tiroideia normal. Mantém também acompanhamento em Consulta Externa de Ginecologia.

Conclusão: Na avaliação laboratorial da MH deve ser incluída a função tiroideia. A remoção da fonte produtora de β-hCG permite a resolução do hipertiroidismo. Dado o risco de crise tireotóxica, o controlo da função tiroideia é fundamental antes de realização de procedimentos cirúrgicos. Dada a possibilidade de persistência de tecido trofoblástico é essencial manter um seguimento regular com doseamentos de β-hCG

#### CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Chaves; Mariana Martinho; Carolina Lourenço; Natália Oliveira; Susana Garrido; Filipe Cunha; Margarida Vieira; Paula Pinto; Margarida Almeida Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A cardiomiopatia de Takotsubo (CT) é uma situação reversível, caracterizada por disfunção transitória do ventrículo esquerdo, que mimetiza síndrome coronária aguda. Os fatores desencadeantes incluem stress emocional, patologias neurológicas e patologias endócrinas como insuficiência suprarrenal (ISR) aguda, feocromocitoma ou tirotoxicose. Caso clínico: Mulher, 70 anos, com antecedentes pessoais de AVC isquémico há 6 anos, sem sequelas; dislipidemia e hipotiroidismo medicado desde há 8 anos. Dos antecedentes ginecológicos destacava--se parto complicado por hemorragia aos 22 anos, com necessidade de suporte transfusional e menopausa aos 45 anos.

Recorre ao serviço de urgência por dor retroesternal, na sequência de stress emocional, morte de um filho. Referia ainda astenia com 6 meses de evolução e emagrecimento progressivo. Ao exame físico aspeto emagrecido, pele e mucosas pálidas, auscultação cardiopulmonar normal e sem edemas periféricos. Do estudo realizado: troponina I 3.8ng/mL(<0.04), ECG:inversão das ondas T de v1-v6 e ecocardiograma:acinésia e balonização apical do ventrículo esquerdo, com função comprometida. Internada na unidade de cuidados intensivos de Cardiologia onde realizou cateterismo: sem estenose coronária, comprovando diagnóstico de CT.

Por apresentar hipotensão e hipoglicemias espontâneas, realizado doseamento de cortisol sérico que foi de 1.8mg/dL. Em colaboração com Endocrinologia foi realizado o estudo complementar, que revelou ACTH 5.79pg/mL(9-52), TSH 0.08mUI/mL(0.34-5.60), T4L 0.98ng/dL(0.61-1.12), LH 1.0mUI/mL, FSH 3.0mUI/mL, estradiol <20pg/mL, prolactina 41ng/mL(2.7-19.6), GH 0.055ng/mL(0.06-10), IGF1 8ng/mL(91-282). RMN hipófise: sela turca de dimensões normais, hipófise de volume muito reduzido e configuração laminar. Assumido diagnóstico de CT secundário a ISR aguda, no contexto de insuficiência antehipofisária. Iniciou suplementação com hidrocortisona, que levou a melhoria clínica e reversão das alterações ecocardiográficas.

Conclusão: Relata-se um caso de insuficiência antehipofisária, provavelmente por síndrome de sheehan, diagnosticado no contexto de CT secundário a ISR aguda. A fisiopatologia da CT não se encontra bem esclarecida e pode ser fatal, de acordo com a doença crítica subjacente, como é o caso da ISR aguda. Este caso reforça a interligação entre os sistemas endocrinológico e cardiovascular e a importância do diagnóstico e tratamento precoces da patologia subjacente de CT para melhorar o prognóstico.

#### CO 06

#### DRA TENHO O CORAÇÃO AOS SALTOS – A PROPÓSITO **DE UM CASO CLÍNICO**

Filipa Santos Jorge<sup>1</sup>; Maria José Saramago<sup>2</sup> <sup>1</sup>Interna de Formação Específica de MGF – USF Santa Luzia | ACeS Tâmega III; <sup>2</sup>Assistente Graduada em MGF – USF Santa Luzia I ACeS Tâmega III

Introdução: A tireotoxicose é uma síndrome clínica caraterizada pelo excesso de hormonas tiroideias circulantes, secundária ao hipertiroidismo ou ao não aumento da secreção destas hormonas. A causa mais comum é a Doença de Graves (DG), responsável por 60-80% dos casos.

É uma doença auto-imune, de etiologia não esclarecida, multifactorial, com evidente predisposição genética. A etiologia é geralmente definida pela história clínica, se presentes manifestações extra-tiroideias, p.e. exoftalmia. Surge numa relação feminino/masculino de 5-10:1; em qualquer idade, tipicamente entre os 20 e 40 anos. O diagnóstico precoce diminui o aparecimento de complicações relevantes em saúde. Caso clínico: T.M, 52 anos, caucasiana, casada, natural e residente em Paços de Ferreira, matriarca de uma família nuclear. Trazida à consulta pela filha, por considerar que a mãe andava muito agitada e a perder muito peso em pouco tempo. T.M relata mais ansiedade e irritabilidade nos últimos 3 meses, e confirmava a perda de peso, objetivado na roupa, não quantificada. Ainda assim, o que mais a preocupava eram as palpitações e o tremor dos membros inferiores que surgiram nos 5 dias precedentes à consulta. Ao exame objetivo apresentava uma taquicardia sinusal de 150bpm, perda efetiva de peso de 9Kg desde a última consulta (há dois anos) e exoftalmia de novo. Foi encaminhada ao SU do CHSJ onde foi feito estudo analítico - função tiroideia, com valores de TSH indoseáveis. Tratava-se de um caso de tireotoxicose, tendo sido medicada com metabisol 5mg 3id, e marcada consulta de endocrinologia para seguimento. Verificada me-Ihoria significativa dos sintomas 15 dias após início da terapêutica, sem exoftalmia após um mês e melhoria franca do estado de humor. Conclusão: A Doença de Graves é uma doença auto-imune frequente cujo tratamento adequado providencia um bom controlo da doença. O diagnóstico clínico e a confirmação feita pelo doseamento das concentrações séricas de TSH e hormonas tireoideias. O tratamento é variável, conforme a etiologia, características clínicas, preferências do médico e do utente. Este relato de caso permitiu observar na prática clínica a sintomatologia e o seguimento desta patologia, tão importante para a nossa formação clínica.

#### CO 07

#### **DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO EM ENDOCRINOLOGIA**

Filipa Bastos; Ana Ferreira; Sara Franco; Isabel Manita; Jorge Portugal Hospital Garcia de Orta

Introdução: No seguimento de um doente com determinada patologia, poderão surgir outros sinais ou sintomas de diferente etiologia que se sobrepõem ao diagnóstico inicial e mascaram ou dificultam o diagnóstico final. São exemplos disso os dois casos que apresentamos. Casos Clínicos: O primeiro caso é de uma mulher de 49 anos enviada à consulta de Endocrinologia por hipotiroidismo. A investigação revelou panhipopituitarismo com hipotiroidismo, insuficiência supra--renal (ISR) secundários e hipogonadismo hipogonadotrófico. Iniciou terapêutica com levotiroxina e hidrocortisona. Dos antecedentes pessoais, a destacar uma gravidez com parto complicado com coagulopatia de consumo, pelo que se assumiu Síndrome de Sheehan. Após 8 anos, detectado hipertiroidismo no contexto de fibrilhação auricular, pelo que se reduziu progressivamente a dose de levotiroxina, tendo o hipertiroidismo persistido após a sua suspensão. Avaliados anticorpos anti-receptor de TSH que foram positivos, confirmando Doença de Graves. Iniciou metibasol, com normalização da função tiroideia. Actualmente, sob terapêutica com metibasol 2,5 mg por dia e hidrocortisona 20 mg por dia.

O segundo caso é de uma mulher de 66 anos enviada à consulta de Endocrinologia por bócio multinodular e tirotoxicose. Fez cintigrafia tiroideia que revelou nódulo tóxico do lobo esquerdo. Iniciou terapêutica com metibasol 5 mg por dia, com normalização da função tiroideia. Contudo, aos 72 anos, análises compatíveis com hipotiroidismo secundário. A avaliação da restante função hipofisária basal revelou também hipogonadismo hipogonadotrófico. Suspendeu metibasol e iniciou terapêutica com levotiroxina. Fez ressonância magnética crânio-encefálica que mostrou meningioma envolvendo a região selar e para-selar. Recusou cirurgia, fez radioterapia, com ligeira diminuição do tamanho da massa. Actualmente, sob terapêutica, sem novas intercorrências.

Conclusão: Em ambos os casos, foi a alteração da função tiroideia, após se ter mantido estável durante vários anos sob terapêutica, que nos levou ao segundo diagnóstico tendo-se traduzido numa alteração da terapêutica final. Estes casos mostram a importância do seguimento a longo prazo dos doentes e a necessidade de nos mantermos sempre atentos a novos sinais ou sintomas que alterem o estado do doente.

#### CO 08

#### **DOENÇA DE CUSHING E GRAVIDEZ – COMO GERIR?**

Filipa Bastos; Ana Ferreira; Sara Franco; Ana Catarina Matos; Isabel Manita; Maria Carlos Cordeiro; Jorge Portugal *Hospital Garcia de Orta* 

Introdução: A doença de Cushing raramente está associada a gravidez, já que o hipercortisolismo causa infertilidade. Além disso, o excesso de cortisol na gravidez aumenta a morbilidade materna e fetal, sendo importante o controlo das possíveis consequências no período gestacional como hipertensão arterial e hiperglicemia.

Caso Clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 33 anos, com diagnóstico prévio de Doença de Cushing com microadenoma hipofisário submetida a cirurgia transfenoidal em setembro de 2014, com exame histológico a confirmar adenoma com imunomarcação positiva para ACTH. No pós-operatório imediato, com ACTH 38.8 pg/mL [9-50] e cortisol sérico 32 mg/dL [6.2-19.4]. Referenciada à consulta de Endocrinologia e Grávidas em maio de 2015 com 9 semanas de gestação (SG). Não foi realizada reavaliação bioquímica da doença no pós-operatório, mas apesar de melhoria sintomática, manteve neste período ciclos menstruais irregulares e pletora facial, face em lua cheia, hirsutismo na face e obesidade andróide. Às 26 SG, foi verificado um aumento do cortisol livre urinário (CLU) superior a 4 vezes o limite superior do normal (579 ug/24h [36-137]) e perda de ritmo de cortisol (cortisol salivar matinal 3.28 ng/mL [<6.9] e nocturno 6.5 ng/mL [<4.3]). Após 4 semanas, com normalização de ambos os parâmetros para a gravidez. Como intercorrências apenas a destacar hipertensão induzida pela gravidez. Parto por cesariana por apresentação pélvica às 39 SG, sem intercorrências. Iniciou contracepção com dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, subsequentemente.

Transitou para consulta de Endocrinologia. Manteve CLU aumentado (máximo 182 ug/24h), com ACTH 29 pg/mL e cortisol sérico 19 ug/dL, sem outras alterações analíticas. Ao exame objectivo mantinha morfotipo cushingoide.

Em outubro de 2018, nova gravidez espontânea por deslocação do DIU. Nesta gestação, manteve CLU dentro da normalidade, tendo a gravidez decorrido sem complicações. Parto por cesariana às 37 SG sem intercorrências. Fez laqueação tubária. Ainda sem reavaliação pós-parto. Conclusão: Durante a gravidez, quando possível, opta-se por terapêutica conservadora do hipercortisolismo, mantendo o controlo das complicações, deixando medidas mais invasivas para depois do parto. Apesar de ser uma situação rara, pelas dificuldades e riscos associados ao seguimento destas doentes, o desenvolvimento de critérios para interpretação dos exames complementares de diagnóstico na gravidez seria importante na sua orientação.

#### CO 09

#### A CIRURGIA BARIÁTRICA ALTERA OS DESFECHOS DA GRAVIDEZ?

Cátia Pinheiro Ramos<sup>1,2</sup>; Bruno M. P. M. Oliveira<sup>3,4</sup>; Tiago Aguiar<sup>2</sup>; A. Matias<sup>1,2</sup>; Silvestre Carneiro<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), Porto; <sup>3</sup>Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP); <sup>4</sup>LIAAD — INESC TEC, Porto

**Objetivo:** Avaliar o impacto da cirurgia bariátrica nos desfechos maternos e neonatais.

**Métodos:** Trata-se um estudo observacional e de coorte retrospetivo. Foram definidos dois grupos principais. Para o grupo de estudo (Grupo Pós-CB), foram incluídas mulheres que foram submetidas a uma

ou mais cirurgias bariátricas e tiveram, pelo menos, um filho (n=97). No grupo de controlo selecionamos mulheres que estiveram grávidas, mas que não foram submetidas a cirurgia bariátrica - Controlos-Totais (n=9375). Depois considerámos um subconjunto deste grupo, onde incluímos mulheres cujo IMC ≥35 kg/m², que designamos como Controlos-Obesos (n=412). O foco do nosso estudo foi a diabetes mellitus gestacional (DMG), as doenças hipertensivas da gravidez (DHG), as cesarianas, a prematuridade, os recém-nascidos grandes-para-a-idade-gestacional (PIG) e as malformações congénitas.

Resultados: As mulheres pós-CB tiveram um maior IMC pré-natal do que os controlos-totais e um IMC pré-natal menor que os controlos--obesos. Há maior prevalência de DMG nas mulheres pós-CB quando comparadas aos controlos-totais (p=0,006) e uma menor prevalência quando comparadas aos controlos-obesos (p=0,123). A prevalência de DHG foi semelhante entre as mulheres pós-CB e os controlos-totais (p=1,000), sendo menor em relação aos controlos-obesos (p=0,146). As mulheres pós-CB tiveram uma maior prevalência de cesarianas, quando comparadas aos controlos-totais (p=0,175), mas uma menor prevalência, quando comparadas aos controlos-obesos (p=0,358). As mulheres pós-CB tiveram uma menor prevalência de recém-nascidos GIG do que os controlos-totais (p=0,376) e que os controlos-obesos (p=0,019). Em relação aos recém-nascidos PIG, as mulheres pós-CB apresentaram recém-nascidos pequenos com maior prevalência que os controlos-totais (p=0,159) e que os controlos-obesos (p=0,067). Uma maior prevalência de malformações congénitas foi encontrada em mulheres pós-CB, quando comparadas aos controlos-totais (p=0.003) e aos controlos-obesos (p=0.022).

Conclusão: A cirurgia bariátrica reduziu para menos de um terço a prevalência de GIG, comparativamente às mulheres obesas. No entanto, a cirurgia bariátrica piora outros resultados da gravidez, relativamente às obesas, as mulheres submetidas a cirurgia bariátrica apresentaram uma prevalência três vezes maior de malformações congénitas.

#### CO 10

#### HIPERTIROIDISMO E GRAVIDEZ – UM RELATO DE CASO

Rosalina Magalhães; Rita Sales USF Aqueduto, ACeS Grande Porto IV

Introdução: A gravidez é acompanhada de alterações hormonais e metabólicas resultantes de vários processos, mas que podem interferir negativamente com a saúde fetal e materna. A patologia tiroideia é a segunda afeção endócrina mais frequente na gravidez, seguindo-se à diabetes.

Caso clínico: Mulher de 26 anos, caucasiana, pertencente a familiar nuclear no estadio II do ciclo de Duvall, empregada fabril (trabalha por turnos). Está a amamentar filha de 1 ano de idade. Antecedentes pessoais irrelevantes. Medicada com progestativo oral. Apresenta história familiar de nódulos da tiroide.

A doente recorre a consulta por queixas de sudorese, fogachos, insónia e cefaleia ocasional. O exame objetivo não apresentava alterações (glândula tiroideia palpável, mas sem nodularidades aparentes). Neste contexto foi solicitado estudo analítico cujo o resultado viria a destacar uma TSH < 0.5µg/dL e T4 livre de 27.29µg/dL. Optou-se por pedir repetição das análises e doseamento de anticorpos anti-tiroideus.

Quando a utente vem a consulta mostrar o novo estudo analítico refere estar grávida de 7 semanas de gestação. Nas novas análises verifica-se normalização de T4 livre (1.34µg/dL) apesar da TSH se manter baixa (0.009µg/dL). Apresenta ainda anticorpos anti-peroxidase positivos. Opta-se por solicitar consulta urgente de obstetrícia.

Na consulta hospitalar é repetida função tiroideia (que se mostrou normal) e são doseados os anticorpos anti-receptor da hormona estimulante da tiróide (TRAbs) que são negativos. Neste contexto, a doente é referenciada a consulta de endocrinologia e é mantida vigilância clínica e analítica da função tiroideia.

À avaliação na consulta de endocrinologia, a utente apresenta-se grávida de 35 semanas e 5 dias, tendo mantido ao longo da gestação, função tiroideia normal. Foi assumido, assim, tratar-se de tireotoxico-se induzida pela <sub>B</sub>-HCG.

Discussão: A hormona tiroideia é fundamental para o crescimento fetal, sobretudo para o desenvolvimento cerebral, contudo a produção fetal desta hormona inicia-se apenas à vigésima semana de gestação. Neste sentido, no primeiro trimestre de gestação, a  $\beta$ -HCG estimula os retores tireotrópicos existentes no tecido tiroideu. Por consequência, pode ser verificado um aumento da hormona tiroideia à medida que a  $\beta$ -HCG aumenta e, consequentemente, uma diminuição dos níveis de TSH, podendo, desenvolver-se assim, um hipertiroidismo.

#### CO 11

#### "UM APERTO NA GARGANTA" – UM CASO DE TIROIDITE SUBAGUDA

Mariana Silva; Cátia Quina; Inês Rua; José Garcia; Teresa Amaral USF Santa Joana

Introdução: A tiroidite subaguda é uma inflamação da tiroide autolimitada e é a principal causa de dor tiroideia. É mais frequente na mulher entre os 30-50 anos, em países temperados e no verão e é habitualmente de etiologia vírica. Tem um período inicial de sintomas sistémicos seguido de dor cervical anterior. O diagnóstico é frequentemente clínico e confirmado analítica e ecograficamente e o tratamento é sintomático.

Descrição do caso: Mulher de 34 anos, incluída numa família nuclear, fase II do ciclo de Duvall, com antecedentes de depressão, sem alergias, sob escitalopram 10mg e ACO, recorre a consulta de doença aguda (DA), por dor a nível latero e anterocervical, com 3 semanas de evolução. À anamnese, sem tosse ou rinorreia, com odinofagia, maior astenia e um pico subfebril de 37.5°C, que cedeu ibuprofeno 600mg. Ao exame objetivo (EO) sem alterações, exceto palpação cervical dolorosa com gânglios infracentimétricos submandibulares e na cadeia cervical direita e uma tiroide palpável, com nódulo à direita. Foi solicitada ecografia da tiroide (Eco) e análises. Duas semanas depois volta em consulta de DA com os resultados e por apresentar febre de 13 dias de evolução e sudorese, com T°C axilares ≈38.5°C, intervalos de 6/6h, mesmo sob ciprofloxacina 500mg 2id iniciada 6 dias antes a nível particular. Referia tosse irritativa, sem outras queixas ou contexto epidemiológico, como tuberculose. Ao EO, sem alterações, exceto taquicardia de 103bpm. A Eco mostrava tiroide heterógena com lobos assimétricos, maior à direita com um macronódulo de 4.2cm e as análises com hipertiroidismo e aumento da VS e PCR. Por febre sem foco com 13 dias, foi enviada ao SU e de seguida é internada, onde é diagnosticada com tiroidite subaguda, iniciada terapêutica e após 3 dias tem alta sem queixas, mas mantendo hipertiroidismo, com terapêutica para domicílio e consulta de Endocrinologia agendada.

Conclusão: A falência da antibioterapia, a dor cervical e a ausência focos de infeção ou fatores de risco alertava para a probabilidade de tiroidite subaguda. No entanto, febre de longa data e possíveis complicações obrigavam ao envio ao SU. Em casos com evolução mais curta, o diagnóstico pode ser feito de forma clínica, sendo que com uma anamnese e EO cuidados o médico de família (MF) pode ficar alerta para esta patologia e iniciar terapêutica mais celeremente. Ainda assim, a referenciação para Endocrinologia é necessária dada a evolução da doença de modo a evitar consequências a longo prazo.

#### CO 12

#### SAZONALIDADE DOS INTERNAMENTOS POR DIABETES COM HIPEROSMOLARIDADE E DAS SUAS CARACTERÍSTICAS

Carlos Gomes<sup>1</sup>; Débora Fonseca<sup>2</sup>; Alberto Freitas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico interno de Medicina Geral e Familiar. USF Salvador Machado, Oliveira de Azeméis; <sup>2</sup>Médica interna de Medicina Geral e Familiar. USF Além D'Ouro, Vila Nova de Gaia; <sup>3</sup>MEDCIDS — Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto; CINTESIS — Center for Health Technology and Services Research, Porto

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença crónica com importante morbimortalidade. O médico de família dedica uma parte da sua atividade assistencial à vigilância deste grupo de risco. A hiperosmolaridade é uma grave complicação aguda decorrente de um insatisfatório controlo metabólico da diabetes tipo 2.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi testar a existência de efeito sazonal na ocorrência de internamento por diabetes tipo 2 com hiperosmolaridade e suas características.

Material e métodos: Estudo analítico retrospetivo com análise de episódios de internamento não programado de utentes com diagnóstico principal de diabetes tipo 2 com hiperosmolaridade, (CID-9-MC 250.20 ou 250.22) quanto à sazonalidade da sua ocorrência, mortalidade, duração de internamento, índice de comorbilidade de Charlson e presença das suas comorbilidades consideradas isoladamente. Recorreu-se a uma base de dados administrativa de todos os internamentos em Portugal continental, em hospitais do Serviço Nacional de Saúde, com altas entre 2000 e 2015.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 6596 episódios de internamento. Os autores verificaram que, com significância estatística, as admissões ocorreram mais no inverno, sendo 23% mais provável ocorrer internamento no inverno do que seria de esperar. Não foram encontradas diferenças sazonais estatisticamente significativas relativamente à mortalidade, duração de internamento, índice de Charlson (pontuação total) e ocorrência das suas comorbilidades isoladamente consideradas.

Conclui-se que existe um aumento da complicação metabólica aguda hiperglicémica dos doentes com diabetes tipo 2 nos meses de inverno. Não existe variação sazonal do índice de comorbilidade de Charlson nem dos seus fatores considerados isoladamente. Estes resultados devem ser tidos em consideração na vigilância dos utentes pertencentes a este grupo de risco pelo médico de família.

#### CO 13

#### **POLIDIPSIA: MUDANÇA SIGNIFICATIVA**

Nuno Parente USF VIVER MAIS

Introdução: É inegável o impacto das doenças cardiovasculares na morbimortalidade em Portugal. Actualmente, a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é das doenças que mais consome recursos de saúde, apesar de apresentar um programa de vigilância bem estabelecido. O médico de família, primeira linha dos cuidados de saúde, é a figura central na promoção do estilo de vida saudável e rastreio da doença.

Caso clínico: Homem, 45 anos, empresário, inserido numa família nuclear. Vem a consulta não-programada por polidipsia com 3 semanas de evolução e perda ponderal de 4 kg em 2 meses. Nega queixas genito-urinárias, cefaleia ou perturbação da visão. Sem história familiar de DM. Sem medicação habitual, antecedentes pessoais ou alergias medicamentosas conhecidas. Ao exame objectivo apresentava a pele e as mucosas coradas e hidratadas, auscultação cardiopulmonar normal e abdómen sem alterações. Hemodinamicamente estável e apirético. Foi pedido estudo analítico que evidenciou: hemoglobina glicada (HbA1c) 11,4%; glicosúria 1000 mg/dL; sem alterações no he-

mograma, perfil hepático, função renal ou ionograma. Realizou estudo imunológico no Centro Hospitalar do Porto que se revelou negativo. Iniciou insulina lenta com melhoria metabólica progressiva e introdução de antidiabético orais (ADO). Actualmente, mantém a HbA1c menor que 6% sustentadamente com metformina e sitagliptina. Notória foi a mudança "radical" do estilo de vida como próprio descreve. Hoje em dia, é praticante de corrida 1h/dia, aumentou significativamente o consumo de frutícolas e hortícolas e o número de refeições diárias, reduziu 8 kg no peso e 10 cm no perímetro abdominal e completou com sucesso o programa de cessação tabágica.

Conclusão: A polidipsia é uma forma rara de apresentação de DM2. É de relevar o papel do médico de família na valorização das queixas de um doente pouco frequentador e, portanto, com relação médico-doente menos "próxima" e na flexibilidade demonstrada para apoiar no momento do diagnóstico e abordagem subsequente. É também importante a carga de significado positivo que o doente e, de forma retrospectiva, atribui a este diagnóstico, como tudo foi moldado em torno do mesmo e se revelou em ganhos tão clarividentes.

#### CO 14

## A CONSULTA DE DIABETES COMO UM ESPAÇO DE APRENDIZAGEM, MOTIVAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

Ana Rita S. Pereira; Mª José Oliveira USF Moliceiro

Introdução: A insulina é considerada uma opção no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 (DM2), quando a terapêutica não farmacológica associada aos antidiabéticos orais não for suficiente para uma adequada compensação metabólica. A problemática da adesão terapêutica em doenças crónicas tem sido debatida, sendo a relação médico-doente um dos fatores que mais contribui para a melhorar. Caso clínico: Mulher, 77 anos de idade, reformada, viúva, vive sozinha. Antecedentes de DM2, dislipidémia, HTA e doença renal crónica (estadio 3). Medicada com metformina, iDPP4, estatina, AAS e ARA. Vem sozinha à consulta de vigilância de diabetes em 05/12 apresentando desorientação temporal flutuante e discurso incoerente. Refere polidipsia e apresenta discreta perda ponderal. Estudo analítico revela HbA1c 10.7%, Cr 1.18 (TFG: 45) e glicosúria. Menciona "andar mais esquecida nos últimos tempos" atribuindo este problema a conflitos com as filhas. Aplicado questionário MMSE que revela défice cognitivo ligeiro. Dificuldade em validar a adesão terapêutica e explicada a necessidade de iniciar terapêutica com insulina. A doente recusa, manifestando fobia de agulhas. Contactada familiar para esclarecimento da situação clínica atual da doente, tendo ficado acordado marcação de consulta de neurologia particular. Reavaliada em 05/02: mantém perda ponderal; HbA1c 9.1%. Reforçada a importância da insulina para melhorar a sua qualidade de vida e salientada a simplicidade do método. A doente acaba por aceitar. Em colaboração com a enfermeira de família são feitos os ensinos da técnica de administração de insulina e o acompanhamento diário da utente, quer no domicílio quer na USF, até haver garantia de aquisição de competências e melhoria do controlo metabólico. Atualmente, é seguida em consulta de neurologia, mantendo-se consulta domiciliar de enfermagem regular, que confirma a adesão à terapêutica.

Conclusão: A gestão da DM implica motivação do doente e continuidade de cuidados de saúde, sendo para isso essencial uma equipa multidisciplinar. Este caso espelha uma dificuldade diária na abordagem da DM2: o momento da introdução de insulina. Para além disso, trata-se de uma doente particularmente desafiante, pois apesar de reunir critérios para a introdução de insulina, não tem suporte familiar estável e apresenta declínio cognitivo ligeiro, exigindo um seguimento mais apertado.

#### CO 15

#### LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DA MÃO – O QUE PODE CONTAR SOBRE O SEU RIM E O SEU PÉ?

Maria João Antunes Neves; Jorge Augusto Oliveira Vinagre Unidade de Saúde Familiar de Espinho, Aces Gaia/Espinho

Introdução: A Limitação da Mobilidade Articular (LMA) é comum em diabéticos e caracteriza-se por diminuição do movimento articular, indolor, mais marcado nas pequenas articulações das mãos. A LMA parece estar independentemente associada a úlcera de pé diabético e a complicações crónicas microvasculares. O estudo da mão diabética, incluindo a limitação da mobilidade articular, é simples, não invasivo, não acarreta custos acrescidos, não é muito demorado e pode facultar informações que podem alterar os scores atuais de risco de pé diabético e de outras complicações da diabetes.

Descrição do caso: Doente, 77 anos, sexo masculino, com diabetes mellitus tipo 2, com duração desde há 14 anos, com mau controlo glicémico (Hemoglobina glicada 9,2%). É convocado à consulta por valores de microalbuminúria de 391,5 mg e TFGe 81,5 mL/min/1,73 m². Ao exame físico apresentava elevado risco de pé diabético, as manobras de Tinel e Phanel foram negativas, mas apresentava deformidade em flexão fixa das interfalângicas proximais de ambas as mãos, com pele endurecida, rígida e de aspeto céreo-esclerodérmica like, circunscrito às mãos, sem atingimento da face. O *prayer sign* e o *table top test* foram positivos e com redução da mobilidade articular indolor a atingir os dedos de ambas as mãos. Foi excluída patología osteoarticular, reumatológica ou traumática. Negava outras manifestações musculoesqueléticas ou redução da mobilidade articular noutras regiões. Tendo em conta o exposto, atribuí-se a limitação da mobilidade articular a complicação da diabetes.

Conclusão: Este caso ilustra como a LMA pode estar associada a microangiopatia, nomeadamente, com aparecimento de microalbuminúria,úlcera de pé diabético e outras complicações microvasculares. Com a atual mudança de paradigma de tratamento da diabetes, da necessidade da sua personalização, este caso ilustra como o exame objetivo das mãos, nomeadamente da LMA, pode acarretar informações clínicas físicas e visuais que parecem correlacionar-se com complicações microvasculares e pé diabético. A avaliação da LMA das mãos deverá ser introduzida nas consultas e incorporada nos atuais scores de risco de pé diabético? Será custo-benéfica? Que evidência ou necessidade de maiores estudos a poderão suportar?

#### CO 16

#### DIABETES MELLITUS – UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE ACEITAR

Teresa Queirós Amaral; Cátia Quina; Mariana Silva; José Garcia; Inês Rua USF Santa Joana

Introdução: A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune de prevalência crescente, que comporta elevada morbilidade, sendo caraterizada por destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina. Tem caráter multifatorial, tendo por base predisposição genética que na presença de um fator ambiental desencadeia a agressão contra os antigénios pancreáticos. A DM tipo LADA (*latent autoimmune diabetes in adults*) é uma forma de DM1 que surge na idade adulta de forma lenta e progressiva.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, com antecedentes pessoais de HTA e dislipidemia, que em estudo analítico de rotina apresenta glicemia em jejum de 166mg/dl (de colheita realizada 4 meses antes). Pedido novo controlo analítico para realizar assim que possível, explicados riscos e abordados cuidados alimentares. Apesar das recomendações, recorre a nova consulta após 5 meses, com valor de glicemia em jejum de 376mg/dl e HbA1c de 11.5%. Nessa consulta foi realizada tira-teste de urina que apresentava cetonúria e glicosúria e realizada avaliação de cetonemia capilar, com valor de 2.6.

Enviada para o Serviço de Urgência (SU) por quadro de DM inaugural com suspeita de cetoacidose diabética. No SU admite quadro de po-

liúria, polidipsia e perda ponderal (3kg) no último mês.

Ficou internada para compensação da glicemia iniciando insulinoterapia, tendo tido alta medicada com esquema de insulina e metformina. Iniciado seguimento em consulta de Diabetes, com estudo de autoimunidade positivo para DM1. Nos primeiros meses a utente mostrava-se pouco recetiva à insulinoterapia, não parecia compreender os riscos do incumprimento terapêutico e não seguia os cuidados alimentares explicados. Desde há 2 anos mantém seguimento em consulta hospitalar e no Centro de Saúde (CS) para controlo da DM1, com flutuações de valores de HbA1c entre 7.8%-10.9% e constantes ajustes de esquema de insulina e explicações sobre cuidados alimentares. Na última consulta de diabetes apresentava HbA1c de 7.5% e esquema de insulina basal e insulina rápida em SOS, com melhor aceitação da sua doença.

Conclusão: O diabético é um utente que requer uma equipa multidisciplinar que trabalhe em conjunto no controlo da doença e das suas comorbilidades, de modo a promover o seu bem estar e qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem também incentivar o envolvimento ativo do diabético no controlo da sua doença e na aceitação da mesma, uma vez que é um fator facilitador no processo de um melhor controlo metabólico.

#### CO 17

#### ESTILO DE VIDA: BINÓMIO RESISTÊNCIA-DESMOTIVAÇÃO

Nuno Parente USF Viver Mais

Introdução: A modificação do estilo de vida é um processo moroso e que requer acompanhamento contínuo. Actualmente, dada a evolução epidemiológica desfavorável da síndrome metabólica, é cada vez mais requisitado apoio médico e estratégias que sejam eficazes no trabalho da motivação. Nos cuidados de saúde primários o médico de família deve estar preparado para lidar e disponibilizar alternativas saudáveis ao modo de vida frequentemente intrincado na população. Caso clínico: Homem, 62 anos, casado e ex-carpinteiro. Antecedentes pessoais de dislipidemia mista e hipertensão arterial. Sem história de doença cardiovascular estabelecida. Medicado com estatina e inibidor da enzima conversora da angiotensina, com controlo parcial. Reconhecido pelo próprio como consumidor "exagerado" de álcool, gordura e hidratos de carbono e renitente às mudanças sugeridas e esquemas alimentares propostos. Apresentava peso flutuante ao longo do ano, com variação entre o excesso de peso e obesidade. Vem a consulta de vigilância de Hipertensão Arterial e é pedido estudo analítico. Posteriormente, este revelou: hemoglobina glicada 10,4%, LDL 165 mg/dL e creatinina sérica 1.2 mg/dL. Iniciou insulina lenta e antidiabético oral com esquema de pesquisas glicémicas. Actualmente, aguarda nova avaliação metabólica. No entanto, a reavaliação foi favorável com glicemias em jejum e pós prandiais controladas

Conclusão: É premente uma maior capacitação do médico de família para estimulação do estilo de vida saudável. Neste caso, é relevante a manutenção de práticas de teor perpetuador de uma síndrome metabólica. Por fim, culminou no diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. É importante incentivar o doente a modificações simples e alcançáveis.

#### CO 18

#### **AFINAL ERA UMA LADA**

Lúcia C.S. Almeida; Catarina Machado; Patrícia Tavares; Marta Almeida Ferreira; Helena Alves; Ana Sousa; Maria João Oliveira

Serviço de Endocrinologia Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Segundo a OMS a diabetes mellitus (DM) divide-se em 4 grandes grupos: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), diabetes gestacional e outros tipos específicos de DM. No entanto, as características apresentadas por alguns doentes com DM não nos permitem colocá-los em nenhuma destas categorias, o que dificulta o seu tratamento adequado.

Entre 7,5% e 10% dos adultos com diagnóstico de DM2 têm anticorpos anti-células β pancreáticas (ICA) ou auto-anticorpo anti-glutamato descarboxilase (GAD).

A LADA (latent auto-immune disease of the adult) é uma entidade controversa que engloba doentes com mais 35 anos, com fenótipo de DM2, mas com auto-imunidade pancreática, sem imediata necessidade de insulinoterapia no momento do diagnóstico.

Caso Clínico: Mulher de 55 anos, enviada à consulta de Endocrinologia e Nutrição, por DM de novo, diagnosticada 6 meses antes, com HbA1c de 13,7%. Referia perda de peso progressiva, não intencional, sem anorexia (cerca de 10kgs; IMC 25,6 actual) associada a polidipsia, poliúria e polifagia. Negava complicações agudas da DM. Não tinha complicações crónicas clinicamente evidentes. Apresentava hipotirodismo auto-imune diagnosticado há 4 anos. Negava história de DM na família. Vinha medicada com metformina 2100mg/dia desde o momento do diagnóstico, com má adesão e mau controlo metabólico crónico. Medicou-se a doente com insulina glargina (10U) à ceia e pediu-se estudo analítico com anti-GAD e ICA.

Após ajuste de insulina glargina (16U) e levotiroxina (137uG) apresentava os seguintes valores: HbA1c=7,9%; Peptídeo C =1,0ng/mL (1,1-4,4); TSH=3,1 uUI/mL (0,27-4,2); T4 Livre=1,21ng/dL (0,93-1,70); anti-GAD=112U/mL (<1)e ICA positivo.

Após 6 meses de seguimento iniciou esquema basal-bólus (insulina glargina 14 U e glulisina em esquema intensivo) por descompensação pós-prandial. Actualmente, apresenta-se com boa resposta ao esquema terapêutico instituído.

Conclusão: A DM é uma doença complexa e heterogénea, que deve ser avaliada individualmente, para melhor definição etiológica e para uma mais adequada definição de alvos terapêuticos.

#### CO 19

#### PROJECTO DE INTERVENÇÃO: PROGRAMA DE OTIMIZAÇÃO DE **CUIDADOS EM DOENTES DIABÉTICOS TIPO 2 INSULINOTRATADOS**

Rosalina Magalhães; Rita Sales; Joana G. Rodrigues; Manuel Lages Pinto USF Aqueduto, ACeS Grande Porto IV

Introdução: A diabetes mellitus Tipo 2 (DM2) é uma doença crónica, progressiva que pode culminar em graves consequências para a saúde. Trata-se de uma patologia que exige cuidados de saúde contínuos. Objetivos: Promover a otimização de cuidados associados à insulinoterapia em doentes com DM2, capacitando-os para a correta execução da administração de insulina e manuseio de hipoglicemias otimizando a adesão ao tratamento.

Descrição: Incluíram-se neste projeto utente com DM2, sob insulinoterapia, seguidos pelos MF da USF onde trabalham os autores. Foi obtida uma amostra de conveniência, sendo que cada médico selecionou dez utentes da sua lista.

Pertinência: A insulinoterapia é um componente importante do tratamento da DM2. No entanto, são conhecidas diferentes barreiras à sua utilização. O aconselhamento insuficiente na prestação de cuidados de saúde tem sido descrito como contribuinte para uma má adesão

O projeto consistiu na realização de 2 sessões. Na primeira sessão, após a avaliação inicial (momento 1) com recurso, em primeiro lugar, um questionário sobre os dados demográficos e questões relacionadas com a doença e também uma check-list para avaliar conhecimentos práticos sobre a técnica de administração da insulina, foi realizada uma intervenção que consistiu numa sessão teórico prática sobre DM2. Após a intervenção procedeu-se a um novo momento avaliação (momento 2). Na segunda sessão, realizada após 15 dias, procedeu-se a uma nova avaliação (momento 3) acerca das questões relacionados com a doença assim como dos aspetos práticos sobre a técnica de administração da insulina.

Discussão: Dos 20 participantes na sessão de intervenção, verificou--se um predomínio de indivíduos dos 55-75 anos de idade (58%), sem

predomínio de género, sendo que 70% tinham o diagnóstico de diabetes entre 1 a 5 anos e 30% há mais de 5 anos. Obteve-se também os resultados das questões relacionadas com a doença, hipoglicemias, cuidados a ter aquando da prática de exercício físico e condução e técnica de administração de insulina ao longo dos 3 momentos de avaliação.

Conclusão: Verificou-se uma melhoria dos resultados quer nos conhecimentos teóricos que na técnica de administração entre o momento 1 e 2. Para o momento 3, foram perdidos 10 utentes, todavia, os resultados, em geral, foram sobreponíveis aos do momento 2. Os autores, consideram por isso, que este projeto consequiu otimizar os cuidados aos utentes diabéticos.

#### CO 20

#### DISTRIBUIÇÃO DA HBA1C CONSOANTE OS FATORES DE RISCO **CARDIOVASCULAR**

Ana João Taveira; Lara Cabrita; Pedro Damião USF Aveiro/Aradas

Introdução: A diabetes é uma doença crónica e progressiva com prevalência crescente, sendo considerada a pandemia do século XXI. Associa-se a elevada morbimortalidade, constituindo o terceiro fator de risco mais frequente de lesão órgão alvo (LOA) cardiovascular. O controlo da diabetes é fundamental para evitar complicações micro e macrovasculares, pelo que o valor alvo da hemoglobina glicada (HbA1c) deve ser adequado a cada doente, tendo em conta fatores como: idade, esperança de vida, risco de hipoglicemia, duração da doença e comorbilidades.

Objetivos: Caracterizar a distribuição da HbA1c em função do sexo, idade, índice de massa corporal (IMC) e duração da doença em diabéticos vigiados numa USF. Quantificar a percentagem de diabéticos que cumprem o valor alvo de HbA1c adequado aos restantes fatores de risco cardiovascular (FRCV). Verificar a existência de associação entre a HbA1C e os valores do perfil lipídico.

Material e métodos: Estudo transversal, descritivo e analítico. Obtiveram-se dados de utentes de uma USF com o diagnóstico de diabetes até 31/12/2018 através do programa MIM@UF®. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, HbA1c, IMC, perfil lipídico, tempo de diagnóstico, tabagismo, hipertensão arterial (HTA), cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. A análise estatística foi efetuada no programa R®.

Resultados: A amostra de conveniência foi constituída por 988 diabéticos com idade média de 68,5 anos (Q2=70 anos; IQR=18 anos), sendo 458 do sexo masculino. Observou-se que 49% dos diabéticos com idade ≤ 65 anos apresentavam HbA1c ≤ 6,5% e 76% dos doentes com idade > 65 anos tinham HbA1c ≤ 7%. Não se verificou correlação estatisticamente significativa entre a HbA1c e o colesterol LDL (cor=0.064, p=0.055). Confirmou-se a correlação positiva entre a HbA1c e os triglicerídeos (cor=0.248, p=2.436e-14) e negativa entre a HbA1c o colesterol HDL (cor=-0.142, p=1.693e-5). O tempo de diagnóstico e a HbA1c apresentaram uma correlação positiva (cor=0.226, p=5.624e-09). Quanto ao colesterol LDL, 18% dos diabéticos tinham um valor < 70mg/dL e 52% < 100mg/dL. As comorbilidades mais frequentes são a HTA (82%) e a dislipidemia (71%). A existência de LOA verificou-se em 22% dos doentes.

Conclusões: Na gestão da diabetes e comorbilidades associadas é essencial adequar os objetivos da HbA1c aos FRCV do doente, justificando-se uma intensificação terapêutica segura para os alcançar.

Notas				

#### Organização

Associação de Apoio ao Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição do Hospital Infante D. Pedro

#### **Presidente das Jornadas**

Carlos Simões Pereira



#### **Patrocínios Científicos**







#### Comissão Organizadora

Presidente: Joana Guimarães

Ana Catarina Garrett Andreia Jesus Carla Pedrosa Catarina Fonseca Conceição Neves Fernanda Gomes Isabel Albuquerque Isabel Inácio Joana Mesquita Márcia Alves Marília Ferreira Rosa Dantas Patrícia Rosinha Sara Esteves Ferreira Sónia Costa Teresa Azevedo

#### Comissão Científica

Carla Pedrosa Isabel Albuquerque Joana Guimarães Márcia Alves Marília Ferreira Rosa Dantas Teresa Azevedo

#### Júri para Prémio Melhor Comunicação Oral

Lara Sutil Margarida Balsa Raquel Nadais Rosa Dantas Teresa Azevedo

#### **Major Sponsors**







#### **Sponsors**



















#### Secretariado



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

