

Urologia ao CENTRO

**A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

24 e 25 de maio de 2018
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

Imagem: AD MÉDIC



PROGRAMA CIENTÍFICO



Versão Digital
do Programa

Intervenientes no Programa

Ana Marinho (CHUC)

António Patrício (H. Aveiro)

Artur Amado Correia (UCSP Montemor-o-Velho)

Belmiro Parada (CHUC)

Bruno Pereira (CHCB)

Carla Correia (UCSP Fernão Magalhães)

Célia Mendes (UCSP Figueiró dos Vinhos)

Edgar Tavares da Silva (CHUC)

Edson Retroz (CHUC)

Hélder Ferreira (UCSP Celas)

Henrique Dinis (CHUC)

Hugo Antunes (CHUC)

Iva Pimentel (UCSP Mealhada)

Joana Maia (UCSP Cantanhede)

João Carvalho (CHUC)

João Fonseca (H. Castelo Branco)

João Pedroso Lima (CHUC)

Lilian Campos (H. Figueira da Foz)

Liliana Alves (UCSP Tábua)

Luís Paixão (UCSP Cantanhede)

Luís Sousa (CHUC)

Maria José Freire (CHUC)

Miguel Eliseu (CHUC)

Paulo Azinhais (CHUC)

Paulo Conceição (IPO-Coimbra)

Paulo Temido (CHUC)

Pedro Moreira (CHUC)

Pedro Nunes (CHUC)

Pedro Simões (CHUC)

Ricardo Borges (H. Leiria)

Ricardo Patrão (H. Viseu)

Roberto Jarimba (CHUC)

Vera Marques (CHUC)

QUINTA-FEIRA . 24 DE MAIO . 2018

07:50h Abertura do Secretariado

08:50-09:00h **Sessão de Abertura**

09:00-10:00h **CARCINOMA DA PRÓSTATA**

Coordenador: Pedro Nunes

Hélder Ferreira, Ricardo Patrão e João Carvalho

Rastreio e diagnóstico precoce – Eterna controvérsia

Hélder Ferreira (20 min.)

Tratamento da doença localizada – A caminho de uma estratégia personalizada

João Carvalho (15 min.)

Seguimento – Tarefa partilhada: Quando, como e por quem

Ricardo Patrão (10 min.)

Doença avançada – Novo paradigma

Pedro Nunes (15 min.)

10:00-11:00h **HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA**

Coordenador: Henrique Dinis

Iva Pimentel, Ricardo Borges, Hugo Antunes e Miguel Eliseu

Casos clínicos de HBP

História clínica e avaliação dos sintomas

Iva Pimentel (10 min.)

Exames auxiliares de diagnóstico essenciais

Miguel Eliseu (10 min.)

Terapêutica médica

Hugo Antunes (10 min.)

Terapêutica cirúrgica

Ricardo Borges (10 min.)

Take-home messages e discussão

Iva Pimentel e Henrique Dinis (20 min.)

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **Apresentação de Comunicações Orais (CO 01 – CO 04)**
Coordenadores: Edson Retroz e Maria José Freire

12:00-13:00h **INCONTINÊNCIA URINÁRIA**
Coordenador: Paulo Temido
Joana Maia, Lilian Campos, Vera Marques e Miguel Eliseu

Caso clínico de bexiga hiperactiva

Joana Maia (5 min.)

Avaliação clínica e EAD

Miguel Eliseu (5 min.)

Terapêutica e avaliação de resultados

Vera Marques (10 min.)

Caso clínico de IUE feminina

Joana Maia (5 min.)

Avaliação clínica e EAD

Miguel Eliseu (5 min.)

Terapêutica e avaliação de resultados

Lilian Campos (10 min.)

Desafios

IU Mista

Vera Marques (5 min.)

IUE masculina

Paulo Temido (5 min.)

Take-home messages e discussão

Joana Maia e Lilian Campos (10 min.)

13:00-14:30h **Almoço**

14:30-15:30h **Visita aos pósteres**
Coordenadores: Edson Retroz e Maria José Freire

15:30-16:30h **ITU'S**
Coordenador: Pedro Moreira
Luís Paixão, António Patrício e Roberto Jarimba
Principais desafios/dificuldades no tratamento e orientação de doentes com infecção urinária em cuidados primários
Luís Paixão (15 min.)

Infecção urinária não complicada – Definição e estratégias

Roberto Jarimba (10 min.)

Infecção urinária complicada

António Patrício (10 min.)

Infecções urinárias de repetição

Pedro Moreira (15 min.)

Discussão (10 min.)

16:30-17:00h

Intervalo

17:00-18:00h

DISFUNÇÕES SEXUAIS

Coordenadores: Luís Sousa e Edgar Tavares da Silva
Célia Mendes, Bruno Pereira, Hugo Antunes e João Carvalho

Caso clínico de disfunção eréctil (20 min.)

História clínica e avaliação dos sintomas

Célia Mendes

Exames auxiliares de diagnóstico

João Carvalho

Terapêutica

Luís Sousa

Caso clínico de ejaculação prematura (15 min.)

História clínica e avaliação dos sintomas

Hugo Antunes

Terapêutica

Edgar Tavares da Silva

Caso clínico de infertilidade (15 min.)

História clínica

Célia Mendes

Exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica

Bruno Pereira

Take-home messages e discussão

Luís Sousa e Edgar Tavares da Silva (10 min.)

18:00h

Fim das Sessões do 1º dia

SEXTA-FEIRA . 25 DE MAIO . 2018

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **LITÍASE URINÁRIA**

Coordenador: Pedro Simões

Artur Amado Correia, João Fonseca, Ana Marinho e Roberto Jarimba

Caso clínico: Estou com cólica renal! E agora?

Artur Amado Correia (5 min.)

Orientações na cólica renal

Ana Marinho (10 min.)

Caso clínico: O meu rim é uma pedra!

Artur Amado Correia (5 min.)

Avaliação metabólica da litíase

Roberto Jarimba (10 min.)

Terapêutica farmacológica da litíase

Roberto Jarimba (10 min.)

Terapêuticas não farmacológicas da litíase (LEOC, RIRS, NLPC)

Ana Marinho (10 min.)

Take-home messages e discussão

Artur Amado Correia e Pedro Simões (10 min.)

10:00-11:00h **ONCOLOGIA UROLÓGICA**

Coordenador: Belmiro Parada

Carla Correia, Paulo Conceição, Hugo Antunes e Miguel Eliseu

Discussão de casos clínicos

Mulher de 67 anos, fumadora, com “infecções urinárias de repetição” (20 min.)

Homem de 33 anos, com ginecomastia com três meses de evolução (20 min.)

Homem de 58 anos, que tem ecografia com “massa renal” mal esclarecida (20 min.)

Em cada um dos casos clínicos serão abordados os seguintes pontos:

- Aspectos relevantes da história clínica e exame físico;
- Discussão das hipóteses de diagnóstico;
- Exames complementares de diagnóstico e sua justificação;
- Opções de tratamento;
- Prognóstico e seguimento;
- Como otimizar a ligação Hospital-Centro de saúde.

11:00-11:30h

Intervalo

11:30-12:00h

Apresentação de Comunicações Orais (CO 06 – CO 10)

Coordenadores: Edson Retroz e Maria José Freire

12:00-13:00h

URGÊNCIAS

Coordenador: Paulo Azinhais

Liliana Alves, Maria José Freire e João Pedroso Lima

Principais dificuldades na decisão de orientar doentes urológicos para a urgência em cuidados primários

Liliana Alves (15 min.)

Casos clínicos interativos – Hematúria e dor lombar

Paulo Azinhais (15 min.)

Casos do dia-a-dia

João Pedroso Lima (10 min.)

Há emergências em urologia? – Como identificar e referenciar?

Maria José Freire (10 min.)

Discussão

Liliana Alves e Paulo Azinhais (10 min.)

13:00h

Entrega de Prémios e Encerramento das Jornadas

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Comunicações Orais e Pósteres

COMUNICAÇÕES ORAIS

Quinta-feira . 24 de Maio | 11:30-12:00h

CO 01

FARMACOTERAPIA NA BEXIGA HIPERATIVA: B3 AGONISTA VS ANTIMUSCARÍNICOS – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Adriana Martins; Carina Afonso
USF Viriato

Introdução: A Bexiga Hiperativa (BH) é uma síndrome clínica definida pela *International Continence Society* como a presença de urgência urinária, geralmente acompanhada por frequência e noctúria, com ou sem incontinência urinária de urgência, na ausência de patologia óbvia. Na Europa, a sua prevalência ronda 17% da população com idade ≥ 40 anos, realidade valorizável tendo em conta o significativo impacto desta síndrome na interação social, produtividade e qualidade de vida. O seu tratamento tem como base medidas relacionadas com o estilo de vida e treino vesical, fazendo parte da escalada terapêutica: fisioterapia do pavimento pélvico, terapêutica oral, toxina botulínica, neuromodulação e cirurgia convencional. As opções farmacológicas orais de primeira linha consistem em antimuscarínicos ou B3 agonistas, sendo os primeiros fármacos os mais usados.

Objetivo: Comparação do efeito terapêutico, efeitos adversos, tolerabilidade e impacto na qualidade de vida dos fármacos antimuscarínicos e B3 agonistas como tratamento de primeira linha da BH.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados internacionais, utilizando os termos MeSH: *urinary bladder, overactive, mirabegron, cholinergic antagonists*. Como critérios de inclusão foram selecionados: revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos aleatorizados controlados, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados nos últimos 10 anos. Para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação, foi usada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* da *American Academy of Family Physicians*.

Resultados e conclusões: Da pesquisa realizada resultaram 172 artigos, tendo apenas 15 cumprido os critérios de inclusão: 13 revisões sistemáticas e 2 estudos aleatorizados controlados. Da sua análise foi possível concluir que as duas classes farmacológicas apresentaram eficácia semelhante no controlo sintomático. Estes fármacos demonstram perfil de

segurança e tolerabilidade sobreponível, destacando-se de forma consistente menor incidência de xerostomia nos utentes medicados com B3 agonistas (Nível de Evidência 1; Força de Recomendação A), sendo este, um efeito adverso com impacto significativo e frequentemente motivo de descontinuação da terapêutica antimuscarínica. Relativamente à melhoria da qualidade de vida, foi observada superioridade dos B3 agonistas, no que concerne à sua rapidez e expressividade (Nível de Evidência 2; Força de Recomendação A).

CO 02

INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: ANÁLISE DE FICHEIRO NUMA USF

Mariana Silva; Ana Simões

USF Cruz de Celas

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é um problema com implicações médicas, sociais e económicas. Tem uma elevada prevalência na mulher adulta. Apenas um terço das pacientes comunicam a IU ao seu médico.

Existem três tipos principais de IU: de esforço (que resulta do mau funcionamento do esfíncter uretral), urgência (perda de urina associada a uma intensa vontade de urinar) e mista.

Objectivo: Rever o estado da arte acerca da IU num ficheiro de uma USF (USF).

Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo, com consulta do processo clínico informatizado (*MedicineOne*[®]) das utentes adultas (a partir dos 18 anos de idade) codificados com U04 (ICPC-2) entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Dezembro 2017, pertencentes a um ficheiro de uma USF. As variáveis estudadas foram: idade, tipo de IU, presença de factores de risco para IU, tratamento proposto. O tratamento estatístico dos dados foi processado no programa informático *Microsoft Excel* 2010.

Resultados: Foram incluídos no estudo 60 episódios codificados como IU (U04). A média de idades foi de 56,7 anos (máx. de 90anos;

mín. de 31 anos). Em cerca de 41,7% a IU foi classificada como de esforço; 21,7 Urgência; 28,3 Mista e em 8,3% não foi especificada o tipo de ITU.

Relativamente aos Factores de Risco (FR) os resultados foram os seguintes: Excesso de Peso/obesidade – 65%; História Obstétrica – 80%; Medicação Crónica – 53,3%; Cirúrgias Pélvicas – 25%; Outros – 11,7% - sendo que 45% apresentava 3 ou + FR; 35% 2 FR; 20% 1FR.

Tratamento proposto em primeira abordagem: 13,3% Medidas gerais; 51,7% Farmacológico; 33,3% referenciação Cuidados de Saude Secundários.

Discussão: Não se verificou associação estatisticamente significativa entre a prevalência de IU e os grupos etários. No entanto, foi encontrado um pico na idade perimenopáusia (50-59 anos).

A IU de esforço é o tipo mais representativo neste ficheiro.

Como limitação do estudo é de referir o facto de a história ginecológica não ser possível nos registos distinguir se partos por cesariana ou normal.

As características de acessibilidade e de longitudinalidade dos cuidados prestados e a posição privilegiada que o médico de família tem perante a sua utente fazem dos cuidados primários de saúde o meio mais adequado para identificar este problema.

A investigação sobre qualidade nos CSP é fundamental e a sua comunicação interpares é fulcral para corrigir e melhorar a nossa prática clínica.

CO 03

PERFIL DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS NA INFECÇÃO URINÁRIA DA COMUNIDADE NO DISTRITO DE COIMBRA

Carolina Madeira Lopes Esteves Curto;
Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano;
Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago
Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Fernão Magalhães; Unidade de Saúde Familiar Topázio; Administração Regional de Saúde do Centro

Introdução: As infecções do trato urinário são muito frequentes na comunidade. É essencial que se conheça a prevalência dos seus agentes etiológicos e a sua sensibilidade aos antibióticos, para que se possa instituir uma terapêutica empírica racional.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi determinar a frequência e o perfil de suscetibilidade aos antibióticos dos principais microrganismos implicados em infecções urinárias da comunidade, no distrito de Coimbra.

Material e métodos: Neste estudo observacional e transversal, procedeu-se à análise dos resultados de 7134 uroculturas positivas, realizadas no distrito de Coimbra entre 1 de Setembro de 2016 e 31 de Agosto de 2017. A maioria das uroculturas foi considerada positiva quando o crescimento bacteriano foi superior ou igual a 10^5 unidades formadoras de colónias por mililitro e a maior parte (81,5%) foi efetuada através do sistema automatizado VITEK® 2, da bioMérieux. Procedeu-se a uma análise descritiva e inferencial para determinar a prevalência e a sensibilidade aos antibióticos dos principais agentes etiológicos e averiguar a relação destas com o sexo e com a idade.

Resultados e conclusões: Das 7134 uroculturas positivas, a maioria (83,4%) foi realizada no sexo feminino e a maior percentagem da amostra (41,0%) ocorreu na população acima dos 75 anos. A *E. coli* foi o microrga-

nismo mais prevalente (63,9%), em ambos os sexos e em todas as idades, embora a sua frequência tenha sido estatisticamente inferior ($p < 0,001$) no sexo masculino e acima dos 75 anos. A sensibilidade da *E. coli* à fosfomicina e à nitrofurantoína foi superior a 95% e à ciprofloxacina e ao cotrimoxazol foi, no geral, inferior a 80%. O perfil global de sensibilidade aos antibióticos foi significativamente mais baixo ($p < 0,001$) no sexo masculino e nos mais idosos, onde apenas a fosfomicina e a gentamicina apresentaram sensibilidade superior a 80%. A fosfomicina e a nitrofurantoína parecem ser os antibióticos mais eficazes para o tratamento de cistites não complicadas, mas é necessário especial cuidado na terapêutica empírica de infecções urinárias em idosos e no sexo masculino, onde as resistências foram mais frequentes e a prevalência de *E. coli* foi menor. Para a otimização da terapêutica empírica de infecções urinárias da comunidade, recomenda-se a monitorização periódica dos perfis de sensibilidade aos antibióticos, procurando utilizar metodologias o mais adequadas possível e que preferencialmente tenham em conta a situação clínica.

CO 04

AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE DA DURAÇÃO DA TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA NA PROSTATITE AGUDA

Joaquim Cabral Nunes; Mariana Mina;
Ana Isabel Santos; Maria de Jesus Clara
USF “A Ribeirinha” – ULS da Guarda

Introdução: A prostatite bacteriana aguda (PBA) é uma infeção aguda da próstata, geralmente causada por bactérias gram-negativas, cujo estabelecimento do diagnóstico implica uma intervenção premente de forma a evitar o aparecimento de complicações graves com necessidade de internamento hospitalar. O atraso na intervenção após o seu reconhecimento, a seleção de um antibiótico com perfil

inadequado e uma duração inapropriada da antibioterapia são fatores que condicionam o sucesso da intervenção terapêutica e que predispoem ao desenvolvimento de resistências antibióticas. Neste contexto, a Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu uma Norma de Orientação Clínica (NOC) que determina a duração da terapêutica antibiótica nas patologias infecciosas com o intuito de reduzir resistências e melhorar a prática clínica.

Objetivos: Avaliar a duração da terapêutica antibiótica na PBA numa Unidade de Saúde Familiar (USF) antes e após a publicação da NOC da DGS em 08/05/2015.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo da duração da terapêutica antibiótica nos utentes da USF “A Ribeirinha” com o diagnóstico de PBA entre Junho de 2013 e Maio de 2017. Avaliaram-se dois momentos distintos: um que antecedeu a NOC (entre Junho de 2013 e Maio de 2015) e um outro após a sua implementação (entre Junho de 2015 e Maio de 2017). Foram consultados dados do MIM@UF® e do processo clínico no SClínico®.

Resultados e conclusões: O estudo incluiu 14 utentes, 7 no grupo que antecedeu a implementação da NOC da DGS (Grupo A) e 7 no grupo subsequente (Grupo B). No Grupo A, a idade média foi de 57,7 anos e no Grupo B foi de 63,1 anos. Relativamente à duração da terapêutica antibiótica não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos, sendo as 2 semanas, a opção maioritária (57%), registando-se apenas um caso no Grupo B que cumpriu 4 semanas de antibioterapia. As fluoroquinolonas foram a terapêutica mais prescrita (86%). Em 29% dos casos registou-se a manutenção da sintomatologia após a terapêutica prescrita, tendo um destes evoluído para sépsis, correspondendo a regimes de antibioterapia de duração inferior ao recomendado pela DGS (4 a 6 semanas).

Dos resultados obtidos podemos concluir que a maioria dos profissionais de saúde nesta instituição desconhece esta recomendação da DGS, apoiada por vários estudos, sendo necessário implementar medidas corretoras que promovam a sua divulgação e reavaliar a sua efetividade posteriormente.

CO 05

TRABALHO RETIRADO

Sexta-feira . 25 de Maio | 11:30-12:00h

CO 06

QUAL A EVIDÊNCIA DO TOQUE RECTAL NO RASTREIO OPORTUNÍSTICO DO CANCRO DA PRÓSTATA?

Daniela Fernandes; Joana Rodrigues Maia;
Almerinda Rodrigues
UCSP de Cantanhede

Introdução: O cancro da próstata (CaP) é o segundo cancro mais frequente no homem e a quinta causa de mortalidade oncológica no sexo masculino. No entanto, não está ainda estabelecido o valor do seu rastreio sistemático populacional. No rastreio oportunístico do CaP feito nos cuidados de saúde primários (CSP), são geralmente usados o toque rectal (TR) e o nível sérico de antigénio específico da próstata (PSA). Apesar do TR ser um componente clássico do exame físico, a sua validade como método de rastreio do CaP tem sido questionada.

Objectivos: Rever a evidência sobre o uso do TR como método de rastreio do CaP nos CSP.

Métodos: Pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas (RS), estudos observacionais/de coorte e guidelines, publicadas em português ou inglês nos últimos 10 anos, nas seguintes fontes de dados: *MEDLINE, National Guideline Clearinghouse, Canadian Medical Association Infobase, NICE Evidence Search, The Cochrane Database e The Cochrane Library*. Utiliza-

ram-se combinações dos termos MeSH *prostatic neoplasms, digital rectal examination e primary health care* e a palavra *screening*. Foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Academy of Family Physicians* para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 12 guidelines sobre rastreio de CaP (da Europa, Reino Unido, EUA, Canadá e Austrália), uma RS e um estudo de coorte sobre o TR como rastreio de CaP nos CSP. Da análise das guidelines (NE 3), verifica-se que 4 não mencionam o TR nas recomendações, 3 não recomendam o TR, 2 recomendam TR juntamente com PSA, 1 considera o TR opcional, 1 faz depender o TRI do valor do PSA e 1 considera não existirem dados para emitir recomendação. Na RS (NE 2) é emitida uma orientação contra o uso do TR, enquanto que no estudo de coorte (NE 2) é recomendado o TR como parte do rastreio do CaP nos CSP.

Os resultados obtidos sobre o uso do TR no rastreio do CaP são contraditórios, pelo que não foi possível emitir recomendação baseada na evidência. Foi notada uma grande heterogeneidade entre as várias guidelines internacionais, bem como um reduzido número de estudos sobre sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo do TR. Além disso, há poucos trabalhos no contexto específico dos CSP. São necessários estudos de elevada qualidade dirigidos a esta temática que permitam sustentar uma recomendação.

CO 07

PERCEÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DOS NOSSOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Mariana Martins; Rita Marques; Andréa Torcato
USF As Gândras

Introdução: A prevalência de Disfunção Erétil (DE) não é clara e está sujeita a diferentes

modos de ser avaliada. Estima-se em Portugal uma prevalência de 48% em homens entre 40 e os 69 anos. Em janeiro de 2017 verificámos que a prevalência de utentes com a codificação de Impotência ou Sinais/Sintomas de Função Sexual, na nossa USF, seria de 1,84%, o que seria bastante inferior à prevalência para Portugal. É um tema que não é facilmente abordado pelos utentes na consulta com o seu Médico de Família (MF), mas que tem um grande impacto na sua autoestima e qualidade de vida.

Objetivos: Avaliar a função sexual de utentes hipertensos e diabéticos da nossa USF.

Material e métodos: Foi utilizado como instrumento de trabalho um questionário elaborado para o efeito, que compreendia como variáveis: idade, peso, a presença de Diabetes e/ou Hipertensão, Patologia urológica ou cardíaca, a toma de medicação para dislipidémia e o valor obtido no Índice Internacional de Função Erétil (IIFE-5). O questionário foi preenchido pelos utentes do sexo masculino com diagnóstico de Diabetes e Hipertensão arterial (HTA), inscritos na USF, observados em consulta programada de Diabetes ou HTA entre o período de 12 a 30 de março.

Resultados e conclusões: Nas 77 consultas programadas de Diabetes e/ou HTA, estiveram presentes 64 utentes, sendo que destes apenas 19 quiseram preencher o questionário, tendo sido excluídas 6 respostas incompletas. Dos 13 participantes (20,3%; idade média 60.9 anos; peso médio 79,7Kg) que preencheram corretamente o questionário, todos eram hipertensos, apenas 30,8% eram diabéticos, 53,8% teriam patologia cardíaca, 1 patologia urológica (7,7%), e 76,9% faziam medicação para dislipidémia. Em relação ao IIFE-5 apenas 1 (7,7%) dos participantes classificou a sua função erétil como normal, sendo que 7,7% referiu moderada disfunção, 53,8% leve a moderada disfunção e 30,8%

leve disfunção. Apenas 4 dos 13 (30,7%) já tinham abordado a questão da sua função sexual com o seu médico de família.

Houve uma baixa participação no estudo, pelo que o tamanho da amostra não permite estabelecer relação estatística entre a presença de disfunção e qualquer uma das variáveis estudadas. A maioria (92,3%) dos doentes teve um *score* de IIFE-5 que demonstrou alguma disfunção erétil, no entanto 69,2% nunca falou desse assunto com o seu MF. Concluímos com este estudo que talvez os MF devam questionar os doentes quanto a possíveis queixas, principalmente nos grupos de risco para DE.

CO 08

DISFUNÇÃO ERÉTEL E RISCO CARDIOVASCULAR NUMA USF: QUAL A EVIDÊNCIA?

Filipa Bagulho; Carla Lima; Lurdes Silva
USF CelaSaude

Introdução: Define-se Disfunção Erétil (DE) como a incapacidade de obter/manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória. A sua etiologia é multifatorial, sendo a forma mais frequente a DE orgânica por factores de risco cardiovascular (>80%). Diversos estudos têm demonstrado uma elevada prevalência entre DE e factores de risco cardiovascular (FRCV), sendo considerada um marcador precoce de doença cardiovascular (DCV). Todos os FRCV são promotores de disfunção endotelial, fator etiológico comum á DCV e DE; O calibre das artérias cavernosas é menor que o das artérias coronárias/carotídeas, sendo as primeiras com alterações clinicamente relevantes decorrentes do desenvolvimento de placas de aterosclerose. Ao omitir ou até a negar a dificuldade de ereção, por preconceito e tabus, o doente pode estar a ignorar um potencial marcador de doença cardiovascular, sendo esta a principal causa de morte em todo o mundo.

Está descrito que a DE antecede em cerca de 3 a 4 anos o aparecimento de doenças cardiovasculares. Assim, a deteção precoce da DE representa uma oportunidade para implementação de medidas preventivas e terapêuticas da DVC. A DE em doentes com DCV conhecida correlaciona-se com a extensão da doença.

Ensinar os homens a relatar eventuais problemas de DE, quer ao seu médico assistente, urologista ou cardiologista, e encorajar os médicos a questionar a mesma, é essencial para tratar os nossos doentes precocemente. **Objetivo:** Pretende-se com este estudo, determinar os factores de risco cardiovascular nos doentes com disfunção erétil da USF CelaSaúde nos últimos 5 anos.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo, transversal, retrospectivo através do programa MedicineOne R.

População: Lista de utentes do sexo masculino da USF que nos últimos 5 anos foram classificados como Y07-“Impotência NE”, do ICPC2.

Crítérios de inclusão: Utesntes com disfunção erétil (Y07) na lista de problemas nos últimos 5 anos.

Crítérios de Exclusão: Falta de dados no processo clínico

Amostra: todos os doentes que cumprem os critérios de inclusão.

Consultando processo a processo, elaborou-se uma base de dados no Microsoft excel, com as seguintes variáveis: Idade, Diabetes, Dislipidemia, obesidade, H TA, tabagismo, álcool, e antecedentes de eventos cardiovasculares (EAM, AVC e TEP). Os dados foram posteriormente tratados e analisados no mesmo sistema informático.

Resultados: Foram avaliados 93 utentes classificados no ICPC-2 com DE. Três utentes pertenciam aos critérios de exclusão por falta de dados no processo clínico, tendo sido a amostra final de 90 utentes.

Da amostra observada, verificamos que apenas 4 utentes não apresentavam qualquer FRCV. Dos restantes, todos os utentes apresentavam 1 ou mais FRCV. A média de idades foi de 55.4 anos, sendo a idade mínima de 22 anos e máxima de 81 anos.

Dos FRCV avaliados, verificados que a dislipidemia foi prevalente 62.2% (n=56), seguindo-se HTA 60% (n=54), Obesidade 48.9% (n=44), álcool 42,2% (n=38), DM 35.5% (n=32), tabagismo 24.4 % (n=22). Dos eventos cardiovasculares, EAM foi prevalente, 4.4% (n=4), AVC 2.2% (n=2) seguindo-se TEP 1.1% (n=1).

Dos doentes com antecedentes de eventos CV, verificou-se que estes ocorreram entre 2 a 5 anos após a queixa inicial de DE.

Discussão: A adoção de estilo de vida saudável, apostando na correção de FRCV pode ser uma forma de diminuir sintomatologia associada á DE. Por outro lado a DE poderá ser um preditor de doenças cardiovasculares futuras. A aposta na prevenção e estilo de vida saudável, é essencial para diminuir o risco de eventos e sintomatologia da DE.

O número de amostra reduzido, demonstra que se trata de uma patologia subdiagnosticada/subvalorizada pelos MF, sendo a prevalência muito inferior á media nacional(3%). É importante incentivar os MF para abordar esta temática na consulta.

CO 09

ANTAGONISTAS ALFA-1 ADRENÉRGICOS NA HTA: TODOS IGUAIS OU UNS MAIS IGUAIS DO QUE OUTROS?

Rita Lourenço; Sofia Santos; Ivone Rodrigues; Teresa Tomé
USF CelaSaúde

Introdução: As atuais recomendações das Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão para o tratamento da Hipertensão Arterial (HTA) retiraram os antagonistas do recetor adrenérgico alfa-1 (A1B) da sua abor-

dagem inicial, conservando apenas a doxazosina (indicação Ila-B na HTA refratária).

Objetivos: Avaliar a magnitude da redução da tensão arterial (TA) provocada por diferentes A1B, introduzidos em decorrência do diagnóstico de Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP).

Material e métodos: Estudo retrospectivo envolvendo doentes do sexo masculino seguidos na USF CelaSaúde com o diagnóstico de HTA em quem se iniciou A1B por HBP. Foram analisados os registos da TA sistólica (TAS), TA diastólica (TAD) e TA média (TAM) das três consultas anteriores (-ANT) e posteriores (-POS) à introdução do A1B. Aplicou-se o teste T de Student para amostras emparelhadas no caso de resultados com distribuição normal ($P > 0,05$ no teste de Shapiro-Wilk) ou com assimetria tolerável (coeficiente de assimetria/erro estimado < 3) e o teste de Wilcoxon Signed-Rank nas restantes situações. Atribuiu-se significância para $P < 0,05$. Os dados foram colhidos através do *software MedicineOne®* e analisados com recurso à versão 25 do *software IBM SPSS*.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 58 doentes, com idade de $75,55 \pm 8,49$ anos. 41 (70,7%) foram medicados com tansulosina, 8 (13,8%) com doxazosina e 9 (15,5%) com alfuzosina. A TAS-ANT foi de $137,12 \pm 14,69$ mmHg, a TAD-ANT de $76,60 \pm 11,70$ mmHg, a TAM-ANT de $96,78 \pm 11,59$ mmHg, a TAS-POST de $131,65 \pm 13,64$ mmHg, a TAD-POST de $73,10 \pm 10,40$ mmHg e a TAM-POST de $92,62 \pm 10,49$ mmHg. Enquanto grupo, os A1Bs reduziram significativamente as três categorias de TA ($P 0,002$ para TAS, $P 0,005$ para TAD e $P 0,002$ para TAM). Separadamente, a tansulosina diminuiu com significância as três categorias de TA ($P 0,002$ para TAS, $P 0,005$ para TAD e $P 0,001$ para TAM), enquanto a doxazosina apenas diminuiu efetivamente a TAD ($P 0,034$) e a TAM ($P 0,047$), com P

0,071 para a TAS, e a alifuzosina não mostrou reduzir expressivamente quaisquer valores da TA (P 0,48 para TAS, P 0,41 para TAD e P 0,38 para TAM). Não se registou nenhum episódio sintomático de hipotensão ortostática durante o período estudado. Assim, os agentes A1B revelam-se heterogêneos quanto à sua potência anti-hipertensora, o que pode fazer a diferença na sua seleção na prática clínica. Os autores ressaltam que a elevada proporção de doentes sob tansulosina vs restantes A1Bs pode ter influenciado os resultados.

CO 10

O PAPEL DO ARANDO VERMELHO NA PROFILAXIA DAS ITU RECORRENTES – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Cláudia Cunha; Ana Margarida Adão; Inês Teles; Julieta Pousa
USF Flor de Sal

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são uma das infeções bacterianas mais comuns, sobretudo no sexo feminino. A ITU recorrente não complicada define-se pela existência de dois ou mais episódios em 6 meses, podendo surgir pela reemergência de bactérias de um determinado locus no aparelho urinário (infeção persistente) ou por nova colonização do aparelho urinário (reinfeção). Apesar do sucesso da antibioterapia no seu controlo e tratamento, a taxa de recorrência das ITU mantém-se um problema. A crescente deteção de estirpes bacterianas resistentes tem estimulado o interesse na profilaxia não antibiótica nomeadamente na utilização do arando vermelho.

Objetivos: Rever a evidência existente sobre o papel do arando vermelho na profilaxia das ITU na população com mais de 18 anos.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica nos sítios de medicina baseada na evidência, utilizando os termos MeSH: *recurrent urinary tract infections* e *cranberry*, de Meta-Análises (MA), Revisões Sistemáticas, Normas de

Orientação Clínica e estudos originais, publicadas de junho de 2013 a dezembro de 2017, em inglês e português. Critérios de inclusão: população - adultos (>18 anos) com ITU recorrentes; intervenção - uso de extratos de arando vermelho; comparação – placebo, antibióticos; outcome - diminuição da ocorrência/recorrência de ITU. Critérios de exclusão: população idosa ou com patologia crónica e estudos em animais.

Para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação, utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 126 artigos, 5 dos quais foram selecionados (3 MA, 1 ensaio randomizado e 1 ensaio duplamente cego contra placebo) fazendo referência ao uso de arando vermelho na profilaxia das ITUs recorrentes.

Dois MA associam o arando vermelho a uma diminuição da recorrência de ITU e a terceira não recomenda o seu uso devido a baixa eficácia. O ensaio randomizado constatou menor eficácia do arando vermelho quando comparado com a profilaxia antibiótica com TMP-SMX e o ensaio duplamente cego contra placebo concluiu não haver diminuição significativa na recorrência de ITUs aos 6 meses.

Conclusão: A evidência atual para o uso do arando vermelho na profilaxia das ITUs em adultos é inconsistente (força de recomendação B). Dada a grande heterogeneidade de resultados, são necessários mais estudos para estabelecer a sua eficácia na prevenção da recorrência das ITUs.

PO 01

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA E ADESÃO TERAPÊUTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cristina Neiva Moreira; Joana Cunha Santos;
Marta Costa; Silva Rita Cibrão
*UCSP Miranda do Corvo; ACES Pinhal Interior Norte;
ARS Centro*

Enquadramento: A Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) é uma das patologias benignas mais comuns entre os indivíduos do sexo masculino. O diagnóstico tem como base a clínica, onde se enquadra a sintomatologia do tracto urinário baixo que pode acarretar um grande impacto na qualidade de vida. O acompanhamento e tratamento médicos são essenciais para evitar a evolução da doença e complicações.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, 86 anos, caucasiano, casado, reformado, residente em Miranda do Corvo, com seguimento irregular na sua Unidade de Saúde. Antecedentes pessoais: Dislipidemia, Hipocausia e Hipertrofia Benigna da Próstata. Sem hábitos tabágicos. Consumo de 252 gramas de álcool/semana. A propósito deste caso, apresenta uma elevação tendencial dos valores séricos de PSA (atingindo no presente 10ng/mL), do volume prostático (evolução não linear de 56cc num periodo de 10 anos, culminando no presente com um total de 114cc) com uma evolução na morfologia vesical (apresentando na actualidade paredes vesicais com 13 mm de espessura formando pseudodiverticulos, representando bexiga de esforço com residuo pos miccional de 120cc) apesar de uma terapeutica combinada e dirigida com referenciação para Consulta de Especialidade.

Ao investigar a etiologia desta evolução, conclui-se uma fraca adesão terapêutica, quer a nível de esquema farmacológico quer a nível de acompanhamento na consulta. Como consequência, o utente apresentou retenções urinarias que revertiam apenas com instrumentação e cistites de repetição sublinhando uma qualidade de vida deteriorada em várias esferas.

Discussão: Está claro que há uma tendência para um maior fracasso terapêutico nestes pequenos núcleos sociais com maior repercussão na qualidade de vida e maior impacto na doença. Torna-se relevante ver os resultados da não adesão terapêutica. Com este trabalho, pretende-se sublinhar a importância desta e o reforço do acompanhamento do Médico de Família em populações socioculturais características do meio rural. A abordagem especifica nestas populações, com uma maior consciencialização para a doença e maior sensibilização para a necessidade de tratamento, é muito importante para conseguir um maior sucesso terapêutico, um maior controlo da doença e, acima de tudo, uma maior qualidade de vida.

PO 02

SUPLEMENTOS ALIMENTARES: UMA TERAPÊUTICA VÁLIDA PARA A DISFUNÇÃO ERÉTIL?

Tiago Sá e Pinho¹; Telma Pinho Reis²
¹USF Águeda + Saúde; ²USF Barrinha

Introdução: A disfunção erétil é uma patologia que parece afetar mais de meio milhão de homens em Portugal. A prevalência parece triplicar entre pessoas de 40 a 70 anos e

pode tornar-se num problema de saúde pública sendo que tem consequências importantes tanto em termos individuais como a nível familiar. Cada vez mais existem suplementos de venda livre cujos criadores afirmam terem efeito a nível desta patologia.

Objetivo: Com esta informação em mente, pretendeu-se avaliar o nível de evidência sobre o efeito do Ginseng e do extrato de Maca na disfunção erétil já que são as substâncias mais citadas aquando de pesquisa de suplementos para esta patologia.

Metodologia: Procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed* com filtro para artigos em inglês e nos últimos 5 anos, utilizando os termos MeSH *erectile dysfunction* e *ginseng*. Procedeu-se a uma nova pesquisa no mesmo motor de busca agora para evidência dos últimos 10 anos com os termos MeSH *erectile dysfunction* e maca.

Resultados: Foram obtidos 24 artigos dos quais se selecionaram 16 (restantes excluídos por não se adequarem ao objetivo do trabalho). Entre os artigos estão 8 de revisão, 7 estudos experimentais e 1 ensaio clínico duplamente cego. Através da leitura da bibliografia de alguns destes artigos foi adicionado 1 artigo de revisão de 2004 por relevância no tema. Vários estudos pareceram demonstrar efeitos benéficos do ginseng a nível da disfunção sexual mas também na libido e na espermatogénese. Existem 3 tipos de ginseng (“fresco”, branco e vermelho) e o que parece ter maior efeito afrodisíaco é o vermelho, mas ainda não parece haver evidência quanto ao seu mecanismo específico, dose e efeitos adversos a longo prazo. O extrato de maca também pode ser dividido em vários tipos e em estudos com ratos a maca preta pareceu influenciar a produção de esperma o que não se verificou com a vermelha. Em alguns estudos é sugerido que muitos dos seus efeitos benéficos advêm das suas propriedades nutricionais já que é

rico em aminoácidos essenciais e minerais.

Discussão: Não parece ainda haver resposta definitiva para a nossa pergunta inicial. Mais estudos serão necessários nesta área e será importante que tenham em conta uma uniformização do ingrediente ativo (por exemplo uso do ginseng vermelho em todos os estudos para poderem ser comparáveis), técnicas de extração do ingrediente e concentrações utilizadas. Em relação ao ginseng parecem haver evidências que apoiem o seu uso, no entanto, não como terapêutica independente mas sim como suplemento a tratamentos farmacológicos já conhecidos e aprovados. O extrato de maca apesar de parecer inócuo (apenas aumento das enzimas hepáticas) não existem estudos que apoiem o seu uso.

PO 03

ITU MASCULINA: A FOTO DO MOMENTO

Tatiana Peralta; Luís Amaral
USF Serra da Lousã

Introdução: As infeções do aparelho urinário (ITU) são processos inflamatórios de causa infecciosa. No homem a sua frequência é inferior à mulher e tem particularidades. Assim surge a necessidade de avaliar a abordagem diagnóstica e terapêutica da ITU no homem.

Metodologia: Tipo de estudo: Observacional, descritivo, transversal. População: homens adultos inscritos na USF com diagnóstico de cistite na lista de problemas ativos entre 1.01.2017 a 31.12.2017. Critérios de exclusão: pielonefrite, prostatite, ausência de registo[T1]. Variáveis em estudo: idade; realização e resultado do teste rápido de urina; realização e resultado de urocultura (antes/após tratamento); antibiótico prescrito. Recolha de dados: MedicineOne.

Resultados: Foram identificados 49 homens com o diagnóstico de Cistite, dos quais 4 foram excluídos. A amostra final é constituída por 46 doentes, com idades entre 19 e 91

anos e média de cerca de 60 anos. O teste rápido da urina foi realizado em 75%, cerca de 85% eram muitos sugestivos de ITU. A urocultura (UC) foi solicitada em 73% dos casos, 14 (42%) antes da terapêutica e 19 (58%) após terapêutica. Apenas duas UC pré-ATB foram negativas. O germen mais identificado foi a E. Coli (54%). Os ATB mais prescritos foram a Fosfomicina e Amoxicilina+ác. clavulânico (54%). A fosfomicina (30%) foi prescrita em toma única em 54% das vezes e duas tomas em 46%. As restantes prescrições foram em doses e duração adequadas. Cerca de 20 doentes apresentavam factores de risco identificados para ITU, sendo a obstrução uretral (45%) a mais prevalente (35% por HBP, seguida da DM mal controlada (25%), cirurgia urológica prévia e cateter urinário de longa duração. Como complicações salienta-se o diagnóstico de uma prostatite e de uma pielonefrite e a necessidade de realizar nova anti-bioterapia em 10 doentes (6 por manutenção de clínica, 2 por UC pós antibiótico + e 2 por nova ITU). Foram identificadas duas alergias medicamentosas com necessidade de anti-bioterapia alternativa.

Discussão e conclusões: Uma elevada percentagem dos homens com ITU apresenta factores de risco (HBP e a DM mal controlada). Continua-se a assistir a pedidos de UC pós-antibiótica sem história anterior de ITU de repetição. Verificam-se discrepâncias na anti-bioterapia seleccionada.

PO 04

QUANDO UM SIMPLES CÁLCULO URINÁRIO TEM CONSEQUÊNCIAS GRAVES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Mortágua; Pedro Soares
UCSP Mealhada

Introdução: Litíase urinária consiste na formação de cálculos no trato urinário, compreendendo, de acordo com a localização, nefrolitíase, ureterolitíase e litíase vesical. É

uma patologia com prevalência crescente nas últimas décadas, estimando-se que varie entre 10-15%, com uma recidiva de cerca de 50%.

A maioria dos cálculos têm pequenas dimensões e são eliminados espontaneamente na urina, porém, quando tal não acontece podem provocar complicações graves, nomeadamente, hematúria, cólica renal, pielonefrite, piodrose, urosépsis, estenose ureteral, hidronefrose, e até lesão renal irreversível.

Objetivos: Alertar para a importância do controlo de factores de risco, do seguimento, terapêutica precoce, e para as potenciais complicações da litíase urinária.

Material e métodos - relato de caso: Homem de 51 anos, caucasiano, família nuclear, classe IV de Graffar. AP: nefrolitíase, Diabetes mellitus 2, cirrose hepática, alcoolismo crónico, dislipidemia, HTA, obesidade. MH: Enalapril 20mg/Hidroclorotiazida 12,5mg; Metformina 1000mg/Sitagliptina 50mg 2id; Glicazida 30mg; Pravastatina 20mg; Lorazepam 2.5mg. Recorreu a consulta a 12/02/2017 por febre com 2 dias de evolução (máx 39,5°C), dor lombar, e hematúria. Ao exame objetivo estava subferil, com Murphy renal duvidoso à esquerda. O teste Combur identificou leucócitos+++ e sangue++. Foi medicado com Ciprofloxacina e analgesia SOS, e realizou ecografia renal que identificou: “dilatação pielo-cálicial à esquerda, sem causa identificável”. Foi referenciado para Urologia. Realizou cintigrafia renal que evidenciou “rim esquerdo com função marcadamente diminuída, aspeto muito heterogéneo e área parapiélica hipoactiva volumosa, em provável relação com ectasia descrita na ecografia; função renal diferencial RE 6% e RD 94%; ERPF 534mL/min”.

A 18/04/2017 foi internado e submetido a Ureterorenoscopia, Litotricia extracorpórea e colocação de duplo J à esquerda, por cálculo

obstrutivo de 15mm no ureter esquerdo. Retirou duplo J a 10/07/2017, e mantém seguimento em consulta de Urologia, sem recidiva. **Conclusões:** Tendo em conta a elevada prevalência da litíase urinária facilmente se depreende o seu impacto populacional, em termos de morbi-mortalidade, e económico. Deste modo, é crucial a prevenção primária e secundária e a identificação de indivíduos com fatores de risco, de modo a realizar uma vigilância periódica, e assim identificar atempadamente os casos com necessidade de intervenção terapêutica dirigida.

PO 05

NEM TUDO O QUE DÁ CÓLICA É “PEDRA” – RELATO DE CASO CLÍNICO

Joana Cunha Santos; Cristina Neiva Moreira;
Marta Costa e Silva; Rita Cibrão
UCSP Miranda do Corvo

Enquadramento: A cólica renal é um quadro clínico frequentemente encontrado na prática clínica. Apesar de maioritariamente causada por cálculos renais que obstruem o ureter, em cerca de 15% dos casos pode ser devida a outras causas, nomeadamente a compressão extrínseca vascular.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino, 27 anos, raça caucasóide. Auxiliar de saúde. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Nega hábitos tabágicos e etílicos. G0P0. Medicação habitual: Valette®. Recorre à Consulta de Doença Aguda no dia 21/11/2017 por queixas de dor na fossa ilíaca direita com 5 dias de evolução e dor lombar direita com 3 dias de evolução, ambas de agravamento progressivo. Ao exame objetivo, apresentava Murphy renal duvidoso à direita. Trazia ecografia renal realizada nesse dia: “dilatação pielocalicial direita apresentando o bacinete cerca de 29mm de diâmetro”. Foi pedida avaliação analítica da função renal, radiografia do abdómen em pé e nova ecografia renal. Regressa a 30/11/2017 por manter lombalgia

tipo moinha à direita. Analiticamente: creatinina 0,66mg/dL, ureia 20mg/dL, Na 142mmol/L, K 4,2mmol/L, Cl 104 mmol/L. Radiografia abdominal normal. Ecografia renal: “mantém acentuada dilatação pielocalicial direita com 33mm de diâmetro, sem identificação de causa obstrutiva. Rim esquerdo normal. Sugere-se reavaliação imagiológica por Uro-TC. Bexiga sem alterações”. Foi pedida Uro-TC para esclarecimento. Vem a Consulta de Saúde de Adultos no dia 25/01/2018 com o resultado: “dilatação pielocalicial direita (bacinete com 31mm diâmetro), sem extensão ao ureter. Atraso da excreção da urina iodada à direita, com estase no bacinete. Artéria renal direita supranumerária, ramo da aorta, 3mm de calibre, que vasculariza o 1/3 inferior do rim direito, imediatamente anterior à junção ureteropielica, podendo ser a causa do síndrome da junção ureteropielica. Sem litíase renal, uretérica, vesical ou alterações nos órgãos abdominais”. Foi referenciada para a consulta de Urologia do CHUC, que será a 17/7/2018.

Discussão: A compressão extrínseca da junção ureteropielica pela artéria renal supranumerária é causa provável da clínica apresentada. Atualmente, o síndrome da junção ureteropielica é usualmente diagnosticado in útero, através das ecografias de seguimento da gravidez, ou em idade pediátrica. Se não diagnosticado, pode evoluir insidiosamente culminando na destruição do rim afetado. No adulto, a litíase renal, processos inflamatórios do ureter ou peri-ureter (como a apendicite), a gravidez ou neoplasias são causas mais frequentes, sendo por vezes questionado o papel da compressão extrínseca vascular na etiologia da cólica renal. Neste caso particular, a ausência de repercussão na função renal e de sintomatologia até ao episódio descrito levou a um diagnóstico tardio desta alteração congénita. Assim, nem sempre um quadro frequente tem a etiologia esperada.

PO 06

MISCELÂNEA URINÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fábia Martins¹; Daniela Fernandes¹; Diana Rocha²

¹UCSP de Cantanhede; ²USF Progresso e Saúde

Enquadramento: O trato urinário é sede de várias patologias que refletem, não só de-sequilíbrios locais, mas também condições sistémicas. A formação recorrente de cálculos urinários é disto exemplo, uma vez que está relacionada com fatores tão diversos como as alterações iónicas, anatómicas ou presença de Infecções do Trato Urinário (ITUs). Estas últimas, são recorrentes na prática clínica, com apresentações clínicas diversas e dependentes do órgão atingido. O diagnóstico atempado e o tratamento dirigido à etiologia são essenciais para limitar a morbimortalidade desta patologia. Quando a estes se junta a incontinência urinária, uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo aumento da esperança média de vida, além do efeito somatório na morbidade, a interferência na qualidade de vida é devastadora.

Descrição de caso: Doente de 76 anos, sexo feminino, com antecedentes de nefrectomia à direita e paratiroidectomia total por hipercalemia. Com ITUs de repetição em relação com história frequente de cálculos urinários, submetida por diversas vezes a litotricia. Em 2011 inicia queixas de incontinência urinária mista, com abordagem conservadora (cloreto de tróspio e, posteriormente, mirabegrom) até que pondera correção cirúrgica em 2017, em contexto de subsistema privado de saúde. No estudo complementar pré cirúrgico, entre outros realiza Ecografia reno-vesical com identificação de vários cálculos renais no rim esquerdo e um localizado no meato ureteral direito. É por isso submetida a ureterectomia em Maio de 2017, em contexto de litíase de coto do ureter direito, complicada de infeção de ferida pós operatória, que resolveu após

exploração e drenagem de pequena quantidade de pus e instituição de antibioterapia. Em Julho de 2017 é observada pela Médica de Família, por tumefação do hipogastro, pelo que é encaminhada ao SU. Com drenagem de coleção dos tecidos moles com saída de urina em grande quantidade, consequência de fistula vesico-cutânea. Manteve seguimento em subsistema privado, com sintomas de incontinência urinária progressivos e manutenção de ITUs de repetição com repercussão considerável nas atividades da vida diária e na qualidade de vida.

Discussão: O sucesso diagnóstico e terapêutico, perante um quadro de disfunção do trato urinário, passa pela articulação cuidada entre Cuidados de Saúde Primários e Secundários. Se por um lado foi essencial a abordagem conjunta ao longo de décadas de seguimento da doente, por outro, agora e no futuro, não é menos importante. Atendendo a uma visão holística da doente, as melhores decisões terapêuticas, carecerão da melhor evidência científica, mas também da melhor experiência interpares.

PO 07

TRABALHO RETIRADO

PO 08

BALANITES DE REPETIÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA DO PÊNIS – CASO CLÍNICO

Joana Rita Matos; Regina Belo

USF Fernando Namora

Introdução: O carcinoma do pênis, doença rara na Europa, apresenta-se tipicamente com uma úlcera ou uma tumefação indolor no pênis. A patogénese não é totalmente conhecida, mas a higiene precária, infeção por HPV de alto risco, fimose e hábitos tabágicos são predisponentes importantes. O carcinoma espinho-celular é responsável por 95% dos tumores malignos. O fator prognóstico mais

importante é a metastização inguinal, motivo pelo qual é fundamental um diagnóstico precoce.

Objetivos: Alertar para manifestações atípicas de doenças neoplásicas ainda incomuns e orientação atempada e adequada.

Material e métodos: Recolha de dados com base nos registos clínicos disponíveis para consulta do SClinico e da plataforma de dados de saúde.

Resultados e conclusões: Homem de 72 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus não insulino-tratado, hipertensão arterial sem complicações, dislipidemia e obesidade, recorre à consulta a 30/08/2016 por dor no pênis com 4 dias de evolução. Apresentava hiperémia do prepúcio com secreção purulenta, associada a leucocitúria. Por quadro de balanite foi medicado com Ciprofloxacina. A 14/09 recorre novamente à consulta por manutenção do quadro. Foi medicado com Dexametasona + Clotrimazol e Prulifloxacina. A 11/10 regressa à consulta por manter secreção uretral purulenta, sem dor, disúria ou outras alterações genito-urinárias, apresentando eritema da glândula e secreções purulentas.

Pelo quadro arrastado, foi pedida consulta urgente de Urologia. Por balanites com má resposta ao tratamento médico e fimose, foi submetido a circuncisão a 3/03/2017. Neste contexto, observaram-se lesões com aspeto sugestivo de malignidade no sulco balanoprepucial, com diagnóstico histológico de carcinoma epidermóide do pênis. Avaliado trimestralmente em consulta de Urologia, tendo sido identificada, a 21/08, nova lesão tumoral de pequenas dimensões na glândula, sendo realizada glandectomia a 18/09 cuja peça cirúrgica apresentou margem focalmente positiva para neoplasia intraepitelial. Realizou-se penectomia parcial a 2/01/2018. Atualmente, encontra-se assintomático, mantendo vigilân-

cia trimestral em consulta de urologia.

Complementando o seguimento hospitalar, é importante o acompanhamento pelo médico de família, nomeadamente focando o impacto psicológico e sexualidade do doente e do casal, bem como o apoio familiar.

PO 09

CÓLICA RENAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Teresa Nogueira; Catarina Santos
USF Coimbra Sul; USF Ramada

Enquadramento: A formação de cálculos urinários pode ser totalmente assintomática ou desencadear exuberante sintomatologia. A apresentação clássica da cólica renal é uma dor intensa, de início súbito, localizada no flanco do lado afetado que pode irradiar inferior e anteriormente. A taxa de recorrência após um primeiro episódio de litíase é de 35% aos 5 anos.

Descrição do caso: Homem de 47 anos, casado, camionista de longo curso, inserido numa família nuclear. Com antecedentes pessoais de litíase ureteral à direita, submetido a litotricia e colocação de duplo J em 2010 e 2017 e trombocitose desde 2017.

Doente recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 13.01.2018 e 14.02.2018 por dor lombar intensa à direita de início súbito. Realizou ecografia renal que revelou dilatação pileocalicial bilateral, no bacinete direito um cálculo com 14mm, sem litíase à esquerda. Doente recusou colocação de duplo J pelo que teve alta medicado com analgesia, pantoprazol 20mg e silodosina 8mg e com indicação reavaliação ecográfica e controlo da função renal.

Por agravamento da função renal e cólica renal à direita doente recorre novamente ao SU a 2/3/2018. Realiza nova ecografia que mostrou dilatação pielocalicial bilateral, no rim direito identificam-se cálculo no bacinete com 10mm não obstrutivo, dilatação uretérica a jusante e

espessamento do urotelio à direita. Teve alta com indicação de realizar uroTAC. Este confirmou a existência de dilatação pielocalicial e ureteral à direita condicionada por cálculo ao nível do terço superior do ureter deste lado com 10mm. Doente foi reavaliado a 29.03.2018 estando a aguardar decisão de equipa.

Concomitantemente a esta situação o doente recorre novamente ao SU com queixas de diplopia em determinadas posições oculares, sendo diagnosticado uma paresia do IV par de origem microvascular. Teve alta medicado com atorvastatina 20 mg e aspirina 100 mg e indicação para estudo de fatores de risco cardiovascular. O estudo analítico efetuado revelou hipertrigliceridemia e trombocitose. Doente foi novamente referenciado para consulta de hematologia, já que tinha descontinuado as consultas.

Discussão: Este caso revela a importância do médico de família na articulação com os cuidados de saúde secundários no acompanhamento do desenvolvimento da doença. Tendo neste caso o MF o papel fundamental na integração e orientação das diferentes patologias do doente. Assim como, no apoio ao doente e à família no impacto que esta situação tem na sua qualidade de vida.

PO 10

QUANDO A DOR É MUITO MAIS DO QUE O QUE PARECE

Linda Costa; Joana Seabra
UCSP Cantanhede

Introdução: O carcinoma da bexiga é atualmente, em Portugal, o segundo carcinoma urológico mais comum a seguir ao carcinoma da próstata, o quinto mais comum no homem e o décimo terceiro na mulher. Tem uma incidência de 4,5% na população portuguesa e uma taxa de mortalidade de 3%. O sexo masculino é mais afetado numa proporção de 3:1. O caso clínico relatado trata-se de uma

mulher, de 56 anos, empregada doméstica, inserida numa família nuclear, tradicional e equilibrada, tendo como antecedentes pessoais a hipertensão arterial, sem antecedentes de tabagismo ou exposição ocupacional de risco, sem antecedentes familiares de neoplasia do trato urinário, veio à consulta de adultos por queixas de dor intensa hipogástrica, sem fatores de alívio. A ecografia ginecológica revelou quisto no ovário esquerdo e foi encaminhada para a consulta de Ginecologia. Apresentava um cistoadenoma mucinoso no ovário esquerdo e foi sujeita a anexetomia bilateral. Após uma semana da cirurgia, vai à consulta de Ginecologia, mantendo as queixas de dor na região hipogástrica, e foi decidido medicar com analgesia e não fazer continuação do estudo. A doente volta à consulta de agudos, passados 2 dias, muito queixosa, pelo que se pede nova ecografia endovaginal, que revelou formação vegetante com 8,8 mm na parede vesical postero-lateral, e foi encaminhada para o SU. Posteriormente, a doente foi sujeita a ressecção trans-uretral da bexiga no IPO, tendo sido confirmado um carcinoma da bexiga não músculo-invasivo. Teve cura da doença, com alta da consulta de Urologia.

Objetivos: Refletir sobre a valorização das queixas persistentes dos doentes de uma forma integrativa de sistemas e holística.

Material e métodos: A revisão da literatura aqui apresentada foi baseada num artigo científico adquirido com a interface de pesquisa *PubMed*. A informação clínica foi adquirida através do programa S.Clinico e dos diários clínicos do SOAP, com o consentimento da doente, desde Novembro de 2016 a Abril de 2018.

Resultados e conclusões: A persistência das queixas da doente fez levantar a suspeita de outro diagnóstico. O padrão de dor intensa que persistiu após o tratamento cirúrgico ginecológico, sem alívio com a analgesia pres-

crita, levou à suspeita clínica. É realmente importante a valorização das queixas do doente e a realização de uma história clínica cuidadosa que possibilite a suspeita do diagnóstico de carcinoma da bexiga, de modo a permitir o seguimento precoce por Urologia e o tratamento atempado.

PO 11

HEMATÚRIA MICROSCÓPICA ASSINTOMÁTICA – QUAL A MELHOR FORMA DE ABORDAGEM?

Diana da Rocha¹; Fábria Martins²; Daniela Fernandes²; Filipe Vaz³; Mariana Martins⁴; Carlos Vidal⁵

¹USF Progresso e Saúde; ²UCSP Cantanhede;

³USF Marquês de Marialva; ⁴USF As Gândras; ⁵UCSP Mira

Introdução: A Hematúria Microscópica Assintomática (HMA) é comumente encontrada de forma incidental nos Cuidados de Saúde Primários (0,9% a 18% adultos), sendo a importância deste achado secundária ao potencial risco subjacente de patologia clinicamente significativa, incluindo malignidade (7 a 20% se risco elevado), urolitíase e doença renal médica. Enquanto a hematúria visível é reconhecida como um sinal que deve levar ao encaminhamento urológico para avaliação, a investigação recomendada da hematúria microscópica e, em particular, assintomática é inconsistente entre as diretrizes disponíveis.

Objetivos: Rever as principais diretrizes sobre a avaliação e abordagem da HMA

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *Pub-Med*, *UptoDate* e *Cochrane Library*, publicados nos últimos 5 anos, utilizando a combinação dos termos MeSH *Hematuria/diagnosis*, em inglês e português. Consulta das guidelines da Associação Americana de Urologia (AAU) e do site da Associação Portuguesa de Urologia.

Resultados e conclusões: Foram obtidos 249 artigos, dos quais um total de 6 artigos (5 revisões baseadas na evidência e 1 relato de caso) foram incluídos nesta revisão, pela ade-

quação dos mesmos ao objetivo principal. A revisão mais atual (2018), mostra que a história cuidadosa e exame físico é recomendado por todas as diretrizes revisadas, permitindo identificar potenciais etiologias benignas que, se confirmadas, podem evitar a necessidade de avançar com uma avaliação adicional. Laboratorialmente, é recomendada, além do sedimento urinário, a determinação da creatinina sérica, sendo que algumas guidelines preconizam adicionalmente a determinação do valor de azoto ureico e da proteinúria.

Há consenso pelas diretrizes de que a cistoscopia deve ser realizada na abordagem da HMA, e que contrariamente a citologia urinária não está indicada na avaliação inicial destes pacientes.

No que respeita á avaliação radiológica a AAU é a única organização que recomenda a urografia por Tomografia Computorizada como método de imagem de 1ª linha, método esse reservado para investigação adicional se ecografia renal anormal ou inconclusiva noutras diretrizes.

Conclui-se assim que as diretrizes atuais variam em relação a detalhes importantes como a definição de HMA, o método ideal para avaliação radiológica e o papel da citologia de urina. É importante ressaltar que estas variações refletem a ausência de evidências de nível I sobre o assunto. Deste modo, a HMA representa uma valiosa oportunidade de pesquisa futura, por exemplo, através do desenvolvimento e validação de uma melhor estratificação de risco para a avaliação.

PO 12

PATOLOGIA URINÁRIA NA CONSULTA DE MGF

Daniela Sanches; Joana Zagalo; Sofia Cleto;

Emília Nina

USF CelaSaúde

Introdução: As patologias do foro urológico, entre as quais as urinárias, representam uma percentagem significativa das consultas em Cuidados de Saúde Primários. Apesar de algumas destas patologias poderem ser abordadas de forma eficaz pela Medicina Geral e Familiar, continuam a ter impacto significativo nas consultas e internamentos hospitalares, bem como na qualidade de vida dos utentes e gastos na saúde.

Objetivos: Determinar a incidência de patologia urinária na consulta e caracterizar a sua distribuição por grupo etário e sexo. Calcular a taxa de referenciação à Urologia.

Materiais e métodos: Estudo: observacional, descritivo, transversal.

Período de estudo: 01-01-2017 a 31-12-2017

População: utentes utilizadores da USF CelaSaúde.

Amostra: utentes a quem foi codificado, e incluído na respetiva lista de problemas, “Diagnósticos e Doenças do Sistema Urinário”, de acordo com a classificação ICPC-2 utilizada em CSP.

Fonte de dados: módulo estatístico do MedicineOne®.

Tratamento dos dados: MicrosoftExcel2013®

Resultados e Conclusões: Foram constituintes da amostra 345 utentes dos quais 79,4% são mulheres e 20,6% são homens. A média de idades foi 57,2 anos (idade mínima 1ano e máxima 102 anos).

Identificaram-se 364 codificações relativas a diagnóstico e doenças urinárias, sendo a taxa de incidência de 26/1000 utentes.

Os diagnósticos mais frequentes foram: Cistite/outra infeção urinária (67,9%), Cálculo urinário (10,2%) e Outra doença urinária, que inclui DRC

(9,6%). 79,1% dos diagnósticos ocorreram no sexo feminino, tendo sido o mais representado em todos os grupos etários.

No sexo feminino, o diagnóstico com maior incidência, foi a infeção urinária, sendo mais frequente entre os 25-45 anos (34,7%) e com > 65 anos (24,7%). No sexo masculino o diagnóstico com maior incidência também foi a infeção urinária (35,5%).

Nos utentes com mais de 65 anos a Infeção Urinária e Outra doença urinária são as patologias mais incidentes (22,8% e 7,4% respetivamente) ocupando o Cálculo Urinário a terceira posição (4,9%). Na infância, até aos 14 anos, o único diagnóstico codificado na foi o de infeção urinária. A incidência de neoplasias no sexo masculino foi mais alta (9,2%) do que no sexo feminino (1,4%).

A taxa de referenciação à urologia foi de 11,8%.

As incidências da patologia urinária não diferem da de outros estudos, estando a taxa de referenciação de acordo com a abordagem da maioria das situações pela MGF.

PO 13

PIÚRIA SEM BACTERIÚRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Marrana; Harileny Silva; Teresa Remédios

Centro de Saúde do Bom Jesus

Introdução: De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia a infeção do trato urinário inferior (ITUi) constitui uma das infeções bacterianas mais frequentes, com elevados custos. Contudo, a disúria, polaquiúria, urgência miccional e sensação de peso supra púbico, sintomas implicados no seu diagnóstico clínico, também podem surgir no decurso de outras entidades nosológicas.

Objetivos, material e métodos: De facto, litíase uretral, doença inflamatória pélvica, cistite intersticial ou determinadas doenças sexualmente transmissíveis (DST), estabelecem-se

como importantes diagnósticos diferenciais de ITU, pelo que os autores pretendem alertar para o efeito, através da exposição de um caso clínico, recolhido em ambiente de consulta.

Resultados/Descrição de caso: C.F.F.A, do sexo feminino, de 34 anos, de raça caucasiana, solteira, natural e residente no Funchal, administrativa, a residir com a mãe. Sem alergias, hábitos tabágicos, alcoólicos ou tóxicos. Apresenta antecedentes de Rinite Alérgica, Tiroidite de Hashimoto e ITU de repetição, medicada com Ebastina 10mg, Eutirox 0,137mg durante a semana e 0,125mg ao domingo e Lisado bacteriano de *E. coli*.

Recorre à consulta, em Janeiro de 2018, por sensação de peso e dor supra púbica, urgência miccional com alívio das queixas álgicas após a micção e, disúria com agravamento após ingestão de alimentos condimentados, com 1 semana de evolução. Refere sintomatologia esporádica, desde há cerca de 1 ano, tendo sido diagnosticada com Cistite intersticial. Ao exame objetivo destaca-se apenas dor à palpação do hipogastro, e apresenta Combur® test com piúria (Leucócitos 2+). Neste contexto optou-se por requisitar urocultura e medicar empiricamente com fosfomicina 3g, 1 toma, e cloridrato de flavoxato, 8/8h, 2 semanas.

Após 1 mês a doente regressa à consulta com sintomatologia semelhante, tendo-se verificado que a urocultura requisitada estaria negativa. Solicitou-se Combur® test, novamente com Leucócitos 2+, e nova urocultura (aeróbios + fungos) que veio a confirmar-se negativa.

Assumindo piúria solicitaram-se culturas para DST – *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* – ecografia ginecológica e serologias para HIV, VDRL, Hep B e C.

Verificou-se positividade para *Chlamydia trachomatis*, pelo que a doente e o seu parceiro foram medicados com azitromicina 1g, tendo esta manifestado franca melhoria clínica.

Conclusão: A infeção por clamídia da uretra feminina é rara e apenas uma pequena percentagem das mulheres afetadas refere sintomas específicos uretrais, sobreponíveis aos de uma ITU. Nestes casos, a combinação de piúria sem bacteriúria numa mulher jovem e sexualmente ativa deve implicar elevado índice de suspeição de infeção da uretra por clamídia. O diagnóstico diferencial inclui ainda infeção de baixa contagem (p.e. por *S. saprophyticus*), ou uretrite devido a outros organismos de DST, como *N. gonorrhoeae* ou vírus Herpes Simplex.

PO 14

HIPERTENSÃO RESISTENTE NA MÁ COMPLIANCE TERAPÊUTICA: QUANDO VALORIZAR?

Marta Pereira da Silva; Rui Brandão; Susana Martins; Pedro Pinheiro; Gorete Fonseca; Paula Sousa
USF Penela

Enquadramento: O carcinoma de células renais representa 90-95% das neoplasias malignas renais, correspondendo ao tumor mais comumente detetado como incidentaloma. Caracteriza-se pela tríade clássica: dor no flanco, hematuria e massa palpável (flanco). Outros sinais incluem: perda de peso, hipertensão arterial e manifestações de hipercalecemia.

Descrição do caso: Mulher, 67 anos, reformada, casada, família nuclear (fase VIII do Ciclo de Duvall), classe socioeconómica média-baixa. Antecedentes pessoais, a destacar: HTA sem complicações, obesidade, DM tipo 2 NIT e dislipidemia. A realizar terapêutica com um antihipertensor de cada classe farmacológica. Até 16/03/2016, a utente manteve consistentemente valores de TA elevados (TA ≥ 150/90 mmHg) nas consultas de vigilância de DM tipo 2 e HTA, com resistência a mudanças de estilo de vida, apesar das intervenções efetuadas. Referências pontuais a incumprimento terapêutico, com solicitações frequentes de

consulta aberta por descontrolo tensional sintomático (TA \geq 200/100 mmHg), justificados como episódios de maior ansiedade em contexto familiar. Alta da Consulta de Cardiologia a 02/10/2012, apenas com ajuste terapêutico. A 16/03/2016 é feita nova referenciação para Consulta de Cardiologia, justificada por persistência de HTA não controlada, resistente à terapêutica otimizada já instituída, onde realizou o estudo: MAPA - HTA grau II; Ecografia Renal - “rins assimétricos [...] por volumosa formação ipoecogénica heterogénea na metade inferior do rim direito com 9 cm”; Angio-TC Renal – “formação nodular de contornos regulares e bem definidos, com pequena lobulação do seu contorno inferior [...] de difícil caracterização por este método”.

A 14/08/2017 é observada em Consulta de Urologia onde realiza RM Renal - “volumosa lesão nodular heterogénea de 83x104x79mm [...] compatível com carcinoma de células renais (Ca papilar?)”. Feita proposta para nefrectomia total direita via laparoscópica, que realizou a 23/01/2018.

Discussão: Este caso clínico reforça a importância do médico de família, no conhecimento ímpar do utente, sendo o profissional de saúde mais capacitado para identificar sinais de alerta subtis num padrão de seguimento aparentemente insuspeito. Nenhum doente deverá ser rotulado com “má compliance”, sem exclusão de todas as causas secundárias de HTA. De assinalar, a relevância de uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários, relativamente ao prognóstico da doença e a ganhos em saúde diretos e indiretos.

PO 15

AUMENTO DO VOLUME ESCROTAL NA IDADE PEDIÁTRICA – CASO CLÍNICO

Ana Roque; Ana Paula Cordeiro; Ana Peixoto; Ana Ventura Silva; Joana Rita Matos
USF Fernando Namora (Condeixa)

Introdução: O defeito no encerramento do processo vaginal é um mecanismo comum na patogénese da hérnia inguinal e do hidrocelo em crianças. Para além da sua génese, também a clínica pode ser confluyente, embora as necessidades terapêuticas sejam díspares.

Objetivos: Alertar para a importância do diagnóstico diferencial entre hidrocelo e hérnia inguino-escrotal na idade pediátrica, pela presença de manifestações atípicas e coincidentes.

Material e métodos: Entrevista à criança e os seus pais e recolha de dados com base nos registos clínicos disponíveis no SClínico e na plataforma de dados de saúde.

Resultados e conclusões: Menino com 9 anos, pertencente a família nuclear, no estado IV do Ciclo de Vida de Duvall; aluno do 3º ano com bom rendimento escolar.

Ex-prematuro de 33 semanas e gestação de risco (Diabetes gestacional e hipotiroidismo) com antecedentes de pielonefrites, cistite a *Pseudomonas*, apresentando Síndrome de Duane, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, excesso de peso e Insónia comportamental da infância.

Recorre à Consulta Aberta com queixas de aumento do volume escrotal à direita, de aparecimento recente, sem dor abdominal ou inguino-escrotal. Sem história de traumatismo local aparente. Sem náuseas, vómitos ou outras alterações gastrointestinais.

À inspeção, verifica-se pélvis com adiposidade marcada e um aumento do volume escrotal direito em ortostatismo, sem alterações da cor e sem assimetrias na região inguinal. Na palpação, objetiva-se tumefação escrotal direita de

consistência mole e com limites mal definidos e que dificulta a palpação do próprio testículo. O sinal da translucência é brilhante. Não existe dor ou desconforto à palpação inguino-escrotal nem abaulamento da região inguinal com as manobras de Valsalva. Foi pedida ecografia na qual foi descrita “hérnia inguino-escrotal direita com o saco herniário contendo ansas e epíplon na bolsa escrotal direita condicionando compressão extrínseca do testículo”.

O aumento do volume escrotal indolor é uma característica comum a hidrocelo e hérnia inguino-escrotal e, embora o sinal de translucência seja um sinal típico de hidrocelo, não é patognomónico pois um intestino preenchido por líquido ou gás também pode transluminar. Em caso de dúvida, a ecografia não deve ser protelada, sendo uma ferramenta essencial para o diagnóstico diferencial e tratamento adequado.

PO 16

AFINAL A ZONA ERA OUTRA – CASO CLÍNICO DE CARCINOMA DA PRÓSTATA

Paulo Brites G. Fernandes; Joana Simões Silva; Paula Teixeira; Carine Silva; Tiago Pinho
USF Águeda + Saúde

Enquadramento: O carcinoma da próstata é o tumor mais frequente nos homens ocidentais e a segunda causa de morte oncológica. O diagnóstico é raramente feito antes dos 50 anos, cuja idade média se encontra nos 65 anos. A DGS prevê o rastreio oportunístico de homens entre os 50 e 75 anos com doseamento de PSA pelo menos de 2 em 2 anos.

Descrição do caso: MJ, 80 anos, vive a fase VIII do ciclo de vida familiar de Duvall, numa família disfuncional segundo o apgar familiar de Smilkstein, vive com a sua mulher que se encontra parcialmente dependente.

Em julho de 2015 acede a consulta com queixa de lesões cutâneas sugestivas de infeção herpética tendo sido medicado em conformidade. Voltou um mês depois com novas lesões maculovesiculares, aparente novo episódio

infecioso por herpes-zóster. No seguimento da investigação clínica deste quadro, revelou PSA 9,92 e ecografia prostática com padrão de adenoma, sem outras alterações relevantes, e foi referenciado para consulta de urologia.

No fim de 2015, volta a consulta com queixas de parestesias na região afetada pela infeção iniciando tratamento sintomático, e mantendo seguimento em consulta de urologia com indicação para controlo trimestral de PSA e terapêutica com tansulosina.

MJ volta em junho de 2017 apresentando queixas de perda de peso, adinamia e astenia, com dor de padrão inflamatório. Nessa consulta verifiquei na PDS que teve alta de consulta de urologia com indicação para vigilância e manutenção de alfa-bloqueador. A investigação clínica revelou parâmetros inflamatórios aumentados e pico monoclonal, PSA 6,73 e ecografia prostática com “padrão adenomatoso. Próstata periférica sem nódulos”; tendo sido referenciado para consulta de medicina interna e reumatologia.

Após vários novos contactos por queixas de mal-estar, adinamia e dor, MJ volta, em outubro de 2017, a consulta com resultado de biopsia prostática efetuada em consulta privada com “Adenocarcinoma moderadamente diferenciado bilateral da próstata com score 7 Gleason (3+4)”. Foi então referenciado para consulta de urologia.

Conclusão: O caso clínico realça não só a importância do rastreio oportunístico do carcinoma da próstata, como a evidente necessidade de acompanhamento regular dos utentes com alterações suspeitas. Nesse sentido, os Cuidados de Saúde Primários, devido à sua longitudinalidade, ocupam posição primordial para obter o melhor resultado no tratamento desta patologia oncológica.

PO 17

“DOUTOR, AINDA BEM QUE ESTÁ CÁ HOJE!”

Tiago Pereira Marques; Inês Rosendo
USF Coimbra Centro - ACES Baixo Mondego

Introdução: É sabido que a incapacidade em obter ou manter uma erecção de forma a concretizar a relação sexual é um episódio passível de acontecer na grande parte dos homens; no entanto, a forma como a queixa dessa incapacidade é exprimida ao Médico de Família é muitas vezes particular e de difícil clarificação na consulta, ficando na maioria das vezes para o final ou não sendo mesmo relatada. Ao mesmo tempo, não raramente o stress laboral, ansiedade e problemas relacionais com a parceira são factores determinantes na génese ou recorrência do episódio.

Objetivos: Atentar na importância da relação médico-doente para a compreensão de sintomas de disfunção eréctil, assim como relembrar que a avaliação psicofamiliar do utente em consulta é fundamental para orientar o tratamento e educação.

Material e métodos: Este relato foi elaborado por mim a partir da entrevista clínica realizada em contexto de consulta, ao contrário do que é habitual, em que a entrevista é realizada pela médica de família. Posteriormente, foi completado após consulta do processo clínico do respectivo utente.

Resultados e conclusões: Na entrevista conheci o senhor J, de 49 anos, casado, que não estava à espera de ter a consulta comigo, mas que desde logo expôs o seu motivo único de vinda - uma incapacidade recorrente em obter uma erecção satisfatória para relação sexual, desde há cerca de 2 meses. Apurou-se ainda que não apresentava queixas urinárias ou alterações dos hábitos de sono, mas, quando questionado acerca do trabalho e da relação com a esposa, identificou um estado de ansiedade devido ao stress laboral que pareceu condicionar o início do problema. Dado que não

apresentava alterações do humor, decidiu-se pelo início de medicação ansiolítica leve, que o senhor J cumpriu antes de iniciar a relação sexual. Em consulta seguinte, pude verificar que o senhor J relatou uma melhoria satisfatória na relação sexual, não relatando qualquer outro episódio. Após a entrevista, foi possível concluir que a minha presença na consulta teve impacto na clarificação inicial da queixa por parte do senhor J, tendo sido possível evidenciar factores psicológicos importantes na sua génese, após a avaliação psicofamiliar, e orientar o tratamento da melhor forma.

PO 18

CARCINOMA DA PRÓSTATA – A DOENÇA DE UMA FAMÍLIA

Mariana Marques Pinto; Isabel Rocha;
Afonso Castelo Branco; Margarida Simões
UCSP Penacova

Introdução: O carcinoma da próstata é considerado o cancro masculino mais frequente, acima dos 50 anos. A sua incidência aumenta com a idade e, com aumento da esperança média de vida, deparamo-nos com um crescendo de casos. O diagnóstico é maioritariamente tardio, dado o aparecimento de sintomas num estadio avançado da doença e a inexistência de um rastreio organizado.

Objetivos: O objetivo deste caso clínico é alertar para a mais valia de um diagnóstico precoce e para a importância dos cuidados de equipas multidisciplinares (cuidados de saúde primários e secundários) e família/cuidadores.

Material e métodos: Utente de 82 anos, sexo masculino, família nuclear, APGAR altamente funcional, sem antecedentes relevantes. Referenciado à consulta de urologia em 2006 por PSA total: 11.2 ng/ml, tendo alta nesse mesmo ano com diagnóstico de HBP. Em 2009 voltou ao CS por queixas de polaquiúria e com PSA total de 14.5 ng/ml. Na consulta seguinte pediu-se ecografia prostática, que revelou pró-

tata de dimensões aumentadas sem outras alterações de relevo, medicado com Serenoa repens 160 mg e foi novamente referenciado à consulta de urologia. Em 2011, diagnóstico de adenocarcinoma da próstata com realização de recessão trans-uretral, submetido em 2017 a orquidectomia total, por adenocarcinoma resistente a castração química. Ainda neste ano foram detetadas metástases ósseas. Em janeiro de 2018 sofreu um AIT. Em março solicitam visita domiciliária e, atualmente, o utente é completamente dependente para AVDs (Índice de Barthel: 20, Escala de Katz: 0), vivendo com a mulher e a filha, suas cuidadoras. Seguido em consulta de oncologia em tratamento de quimioterapia com grande rebate no estado geral e consulta da dor.

Resultados e conclusões: O diagnóstico precoce evita muitas vezes um percurso penoso para o doente e respetiva família. Neste caso, a prevenção terciária torna-se relevante para a adaptação do doente e do que o rodeia à sua nova realidade. Também a prevenção quaternária nos leva a refletir com o utente e cuidadoras sobre o impacto da quimioterapia na vida do mesmo, estando ele tão debilitado. É fulcral o médico de família demonstrar disponibilidade, cuidar, apoiar e esclarecer dúvidas ao utente e cuidadoras.

Palavras-chave: carcinoma da próstata, fase terminal, cuidador, prevenção quaternária.

PO 19

“DRA., QUAL O PREÇO DA MINHA VIDA SEXUAL?”

Telma Pinho Reis¹; Marília Diogo²

¹Interna de Medicina Geral e Familiar da USF Barrinha; ²Assistente Graduada Sénior da USF Barrinha

Enquadramento: A disfunção erétil é uma patologia que parece afetar mais de meio milhão de homens em Portugal e ainda permanece como um tema tabu. A prevalência parece triplicar entre pessoas de 40 a 70 anos

e pode tornar-se num problema de saúde pública sendo que tem consequências importantes tanto em termos individuais como a nível familiar. No entanto, a terapêutica não parece estar ao alcance de todos.

Descrição do caso: Utente de 64 anos, caucasiano, casado. Diabético e hipertenso, apenas medicado com Metformina 850mg e Alprazolam 1mg há vários anos. Vem à consulta semestral de Diabetes com valor de HbA1c de 8,4% (valores prévios sempre entre 6-7%). Quando inquirido sobre a razão deste aumento repentino nos valores glicémicos, já que se tratava de utente sempre bem controlado, refere ter parado a medicação por achar que esta lhe estaria a prejudicar nas relações sexuais. Quando perguntado, refere ter dificuldade na ereção há cerca de 1 ano. Foi explicado que uma das causas de disfunção erétil é a própria Diabetes, mas que novos exames iriam ser pedidos. Pedido hemograma, função renal, urina, testosterona Total e prolactina. PSA de 2017 de 0,69 ng/mL. Resultados de exames todos dentro de valores normais. Após exclusão de patologia cardíaca foi proposto ao doente o início de sildenafil ou tadalafil mas após o revelar do preço, doente refere não ter possibilidades para tal e que “vai-se tentar aguentar assim”. Por não se conseguir oferecer mais ao doente e reparar que é algo que está a interferir com a sua qualidade de vida, relação pessoal e autoestima referenciou-se para consulta de Urologia para pedido de observação (aguarda).

Discussão: A disfunção erétil é uma patologia real na nossa população, mas que ainda não teve direito a muita “luz na ribalta”. É sem dúvida uma situação que afeta o indivíduo a nível pessoal, com interferência na sua qualidade de vida, autoestima e que tem repercussões a nível familiar. Sendo o médico de família o primeiro contacto, deparamo-nos muitas vezes com algumas barreiras, sendo uma delas a acessibilidade de custo.

PO 20 **POR DETRÁS DE UM CORRIMENTO URETRAL** **– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Rita Cibrão; Marta Costa e Silva;
Cristina Neiva Moreira; Joana Cunha Santos
UCSP Miranda do Corvo

Introdução: Segundo a OMS, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) têm impacto ao nível da saúde pública e saúde sexual e reprodutiva individual. Apesar das várias DSTs apresentarem características comuns, o clínico deve estar atento às entidades que as diferem, de modo a implementar terapêuticas eficazes e reduzir as resistências antibióticas. Relato do caso: Homem, 30 anos, caucasóide, natural de Miranda do Corvo, desempregado, pertencente a família grávida no estágio I do ciclo de Duvall. Antecedentes: Doença Osteoarticular. Medicação: AINEs (SOS). Recorre ao centro de saúde (CS) a 22/2/18 por queixas de prurido generalizado associado ao surgimento inicial de lesões eritematosas na região das coxas e pénis, e à presença de corrimento uretral mucóide, sem queixas urinárias. Referia ainda ida ao SU em 9/2017 por corrimento uretral purulento e disúria, fez colheita de sangue e urina, que não sabia especificar, tendo alta medicado com Doxiciclina 100mg 2id 7dias. Sem conhecimento dos resultados dos MCDTs hospitalares e manutenção das queixas, a médica de família (MF) optou por enviar ao SU, onde foi estabelecida suspeita diagnóstica de DST (não específica) com infeção fúngica cutânea concomitante, tendo alta medicado com Doxiciclina 100mg 2id 7dias, Tioconazol 10mg/g creme 2id e Metilprednisolona 4mg 8dias. Volta à consulta no CS a 8/3/18 por manter corrimento uretral. Do trabalho conjunto de MF e interna de formação, tem-se conhecimento dos resultados das colheitas de 9/2017, que incluía serologias do VIH e Sífilis screening (ambos negativos) e análise de urina com pesquisa da

presença de DNA de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (ambos positivos). Medica-se com Cefixima 400 mg e Azitromicina 1000 mg ambos toma única, e referencia-se à consulta de DSTs do CHUC. A 20/3/18, vem à consulta, assintomático, solicitando a repetição das serologias a pedido da obstetra da companheira grávida de 24S+3D (resultados negativos). Aguarda consulta de DSTs agendada para 16/5/18.

Conclusão: As DSTs são muito frequentes e podem levar a efeitos graves além do impacto imediato da infeção, devendo o médico estar atento a possíveis comportamentos de risco e queixas. Realça-se, neste caso, a importância da comunicação entre vários níveis de cuidados de saúde, de modo a garantir prestação de cuidados adequados em tempo útil. A nível dos CSP, era útil que MCDTs dirigidos fossem comparticipados. Há ainda a necessidade de ter em mente as doenças de declaração obrigatória.

PO 21 **HEMATÚRIA MACROSCÓPICA NUM DOENTE** **HIPOCOAGULADO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Rui Santos Lopes; Mariana Rodrigues; Aldora Firmo
USF VitaSaurium, ACES Baixo Mondego

Introdução: Hematúria é um dos achados mais comuns em ITUs, HBP, urolitíase e glomerulopatias, bem como em neoplasias do urotélio, nomeadamente da bexiga, sobretudo em pessoas com mais de 40 anos. A avaliação inadequada dos doentes com hematúria pode levar a um atraso de diagnóstico de neoplasias urológicas com importante morbimortalidade.

Objectivos: Mostrar a importância da investigação da causa subjacente à hematúria num doente hipocoagulado e as potenciais consequências de um atraso de diagnóstico dessa mesma causa.

Material e métodos: Para a elaboração deste

caso clínico foi realizada a história e consulta do processo clínico.

Resultados e conclusões: Homem de 86 anos, hipocoagulado com varfarina e INR dentro dos valores alvo, recorreu em dezembro de 2015 a consulta de agudos por hematúria macroscópica; objetivou-se urina concentrada, mas sem hematúria macroscópica, e o combur mostrou 3 cruzeiros de eritrócitos; estudo imagiológico das vias urinárias do corrente ano mostrou HBP e alterações relacionadas com bexiga de esforço; adotou-se uma atitude expectante e foi aconselhado a dirigir-se ao SU caso apresentasse novo episódio de hematúria. Em maio de 2016, apresentou novo episódio de hematúria, sendo referenciado para o SU e tendo sido medicado com ácido aminocaproico. Em janeiro de 2017, recorre a consulta de agudos por hematúria, tendo repetido o estudo imagiológico do sistema urinário, sendo sobreponível ao supradescrito. A 27/05/2017 novo episódio de hematúria com expulsão de coágulos associado a disúria e urgência urinária, apresentado combur com sangue, leucócitos e proteínas positivos; assumiu-se provável ITU, tendo-se pedido urocultura e foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Por manutenção de hematúria é referenciado para o SU a 05/06/2017. Apresentou 2 novos episódios de hematuria em julho e novembro de 2017, no último dos quais lhe foi suspensa a varfarina, tendo reiniciado anticoagulante 3 dias depois. Dada a manutenção das queixas, em janeiro de 2018: realizou cistoscopia que mostrou neoplasia vesical retromeática esquerda com 2-3 cm, tendo realizado ressecção da mesma em fevereiro de 2018. Desde então sem novos episódios de hematúria. Este caso clínico demonstra a importância que se deve dar à investigação da hematúria, mesmo em doentes hipocoagulados e cujos exames complementares de diagnóstico não apresentem alterações de relevo.

Organização

Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal

Presidente Honorário: Alfredo Mota

Presidente: Arnaldo Figueiredo

Comissão Organizadora

Álvaro Brandão

Ana Marinho

António Roseiro

Carlos Alberto Ferreira

Edson Retroz

Francisco Rolo

Hugo Antunes

João Carvalho

Lorenzo Marconi

Luís Sousa

Maria José Freire

Miguel Eliseu

Paulo Azinhais

Pedro Moreira

Pedro Simões

Roberto Jarimba

Vera Marques

Vítor Dias

Comissão Científica

UROLOGIA

Arnaldo Figueiredo (CHUC)

Belmiro Parada (CHUC)

Edgar Tavares da Silva (CHUC)

Henrique Dinis (CHUC)

Paulo Temido (CHUC)

Pedro Nunes (CHUC)

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Almerinda Rodrigues (UCSP Cantanhede)

António Cruz Ferreira (UCSP Mealhada)

Célia Mendes (UCSP Figueiró dos Vinhos)

Hélder Ferreira (UCSP Celas)

Iva Pimentel (UCSP Mealhada)

Manuela Neto (UCSP Montemor-o-Velho)

Patrocínios



A. MENARINI PORTUGAL



ANGELINI



Pierre Fabre
Médicament



Secretariado

ad medic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 F: +351 21 842 97 19

E: paula.cordeiro@admedic.pt

W: www.admedic.pt