

15^a Reunião Anual do **NEDM**



22 e 23 de outubro de 2021

Penafiel Park Hotel



Programa Científico

07:30h Abertura do Secretariado

08:30-09:30h **VISITA AOS POSTERS DIGITAIS**

Posters 01-05

Moderadores: Dra. Mónica Reis e Dr. Paulo Subtil

Posters 06-11

Moderadores: Dr. Nuno Bernardino Vieira e Dra. Inês Ferreira

Posters 12-16

Moderadores: Dra. Isabel Lavadinho e Dr. Paulo Bandeira

09:30-10:30h **Mesa-Redonda NA RESSACA DA COVID-19**

Moderadoras: Dra. Fátima Pinto e Dra. Manuela Ricciuli

O estado da Arte na abordagem do diabético em ambulatório
Prof. Doutor Davide Carvalho

Abordagem da pessoa com Diabetes no internamento
Dra. Alda Jordão

Como se organizou o NEDM na resposta a uma nova doença
Dr. Estevão Pape

10:30-11:00h Café

11:00-11:30h **Sessão de Abertura**

11:30-12:15h **Conferência INSULINA – UM CAMINHO COM 100 ANOS**

Presidente: Profa. Doutora Lèlita Santos

Conferencistas: Dr. Jorge Caldeira e Dr. Álvaro Coelho

12:15-13:00h

Lilly

**Simpósio DECISÕES TERAPÉUTICAS NA DIABETES:
A VISÃO DA MEDICINA INTERNA**

Moderador: Dr. Luís Andrade

Palestrantes: Dra. Sara Ramalho e Dra. Mónica Reis

13:00-14:00h Almoço

14:00-14:45h



**Simpósio VERTIS CV – OS BENEFÍCIOS DE ERTUGLIFLOZINA:
UM VALIOSO MEMBRO DA CLASSE DOS ISGLT2**

Palestrantes: Dra. Rita Nortadas e Dr. Nuno Bernardino Vieira

14:45-15:45h

Mesa-Redonda AS NOVAS TECNOLOGIAS

Moderadoras: Dra. Cristina Roque e Dra. Edite Nascimento

Novidades da monitorização

Dra. Rita Nortadas

As bombas infusoras

Dra. Alexandra Vaz

Closed-loop/pâncreas artificial

Dra. Margarida Almeida

15:45-16:15h

Café

16:15-17:15h

Mesa-Redonda DISSECAR A DIABESIDADE

Moderadoras: Dra. Diana Guerra e Dra. Violeta Vazquez

A Diabetes

Dra. Conceição Escarigo

A Obesidade

Dra. Joana Louro

A Nutrição

Dra. Antónia Vigário

17:15-18:15h

VISITA AOS POSTERS DIGITAIS

Posters 17-22

Moderadores: Dra. Patrícia Bacellar e Dra. Ana Rita Paulos

Posters 23-27

Moderadores: Dra. Violeta Iglésias e Dr. Francisco Bento Soares

Posters 28-32

Moderadores: Dra. Conceição Escarigo e Dr. Nuno Cardoso

18:15-19:00h

Reunião do NEDM e Assembleia Geral

20:00h

Jantar da Reunião



Sábado | 23 de outubro de 2021

08:30h Abertura do Secretariado

09:30-10:30h **Mesa-Redonda A DIABETES NO FÍGADO**
Moderadores: Dr. Estevão Pape e Dr. Almiro Mateus

Estado da arte

Dr. Presa Ramos

O Futuro

Dr. Luís Andrade

Pontos de ligação multidisciplinar

Dr. Fábio Oliveira

10:30-11:00h



Conferência SEMAGLUTIDE: TRANSFORMING T2D

Palestrante: Dra. Andreia Nunes

11:00-11:30h

Café

11:30-12:15h



Simpósio DAPA-CKD: A NOVA FORMA DE OLHAR PARA A DOENÇA RENAL

Moderadora: Dra. Joana Louro

Palestrante: Dr. Francisco Araújo

12:15-13:15h

Mesa-Redonda NOVAS TERAPÊUTICAS NA DM. QUE FUTURO?

Moderadores: Dr. Francisco Araújo e Dr. Paulo Subtil

ADO

Dra. Filipa Rebelo

Insulinas

Dr. Pedro Oliveira

Injetáveis não insulínicos

Dra. Susana Heitor

13:15h

Sessão de Encerramento

Entrega de Prémio Jorge Caldeira

Entrega de Bolsa NEDM | Lilly

Entrega de Bolsa Helena Saldanha | Boehringer Ingelheim

Resumos

Posters digitais

POSTERS 01-05

08:30-09:30h

Moderadores: Dra. Mónica Reis
e Dr. Paulo Subtil

PD 01

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS: PERCURSOS E TENDÊNCIAS

Zélia Fátima Lima Martins; Andreia Silveira;
Ana Rita Diogo; Helena Silva; Critina Medeiros
Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

À semelhança do panorama nacional, a população açoriana progressivamente está a diminuir e a envelhecer. Esta realidade torna urgente a mudança das políticas de saúde, com maior investimento nos cuidados de saúde primários.

Criada em 2007, a Equipa de Apoio Integrado Domiciliário (EAID), é uma equipa multidisciplinar constituída por 23 enfermeiros, um médico, uma assistente social. Tem como população alvo de cuidados os idosos com elevado índice de dependência e multipatologia crónica. A sua área de abrangência são os concelhos de Ponta Delgada e Lagoa, com 82.601 habitantes.

Este estudo quantitativo de natureza descritiva tem por objetivo divulgar o trabalho desenvolvido pela EAID durante o ano de 2020. Verifica-se um fluxo de 412 utentes, 57% do género feminino e 43% do género masculino, 82% com mais de 65 anos, 63% com dependência severa, 12% dependência moderada, 16% dependência ligeira e 10% é independente.

As patologias com maior representação são a doença cardiovascular (279), a metabólica (262), e as cerebrovasculares e neurológicas (216). Em 2020 há necessidade de adaptar a

dinâmica da equipa à situação de pandemia, garantindo a continuidade de cuidados de enfermagem aos 22 utentes com suspeita ou infeção SARS-COV-2.

Tiveram alta da equipa 147 utentes, destes 123 transitaram para as unidades de saúde, 13 foram para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, quatro para lar e sete foram para outras respostas. Faleceram 93 utentes. O tratamento a úlcera por pressão tem maior representatividade (54%), as feridas cirúrgicas (22%), as lesões malignas, diabéticas (13%) e a úlcera de perna (11%). A taxa de cicatrização de feridas é de 64%.

Os utentes tiveram 195 episódios de internamento no hospital.

A EAID presta cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, tendo o cuidador um papel essencial. É fundamental avaliar a capacitação dos cuidadores e outros indicadores de qualidade. Contudo, o sistema de informação utilizado MedicineOne tem limitações, que impedem a avaliação destes.

Considera-se pertinente reformular a metodologia de recolha de informação.

Com 14 anos de experiência na prestação de cuidados de excelência em contexto domiciliário a EAID debate-se com a necessidade de evidenciar os ganhos de saúde obtidos através da sua intervenção junto do utente e seus cuidadores.



PD 02

ALTURA MATERNA ASSOCIA-SE A DIABETES/PRÉ-DIABETES NO PÓS-PARTO: RELAÇÃO COM PESO E EDUCAÇÃO MATERNOS

Catarina Cidade Rodrigues¹; Filipe M. Cunha¹;
Catarina Chaves¹; Fabiana Castro¹; Cláudia Nogueira²;
Catarina Pereira¹; Sílvia Paredes¹;
Margarida Silva-Vieira¹; Odete Figueiredo¹;
Ana Morgado¹; Anabela Melo¹; Mariana Martinho¹;
Maria Céu Almeida³; Margarida Almeida¹

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE/Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE/Hospital de Vila Real; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Atualmente, sabe-se que a baixa estatura prediz o risco de diabetes mellitus tipo 2 e se correlaciona tanto com a obesidade como com o menor grau socioeconómico.

Objetivos: O nosso grupo estudou a associação entre a altura materna e o risco de alterações da homeostase glucídica em mulheres com diabetes gestacional e se essa associação seria diferente de acordo com o IMC pré-gestacional e o nível educacional das gestantes.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo do registo nacional da Diabetes Gestacional. Critérios de exclusão: mulheres sem dados relativos à prova de tolerância à glicose no período de 6 a 8 semanas pós-parto, ao IMC ou ao nível educacional. Educação básica foi definida como nível de escolaridade inferior ou igual ao 9º ano. Alterações da homeostase glucídica foram definidas de acordo com os critérios da ADA para pré-diabetes e diabetes mellitus na prova de tolerância à glicose oral.

Objetivo: Avaliar a existência de pré-diabetes ou diabetes pós-parto. As mulheres foram divididas por altura média e comparadas. Uma análise de regressão logística multivariada foi

utilizada para estudar a associação entre altura e alteração da homeostase glucídica. A análise foi estratificada por IMC (*cutoff*: 30 kg/m²) e nível educacional (básico ou superior) e testou-se a sua interação.

Resultados e conclusões: Foram estudadas 7402 mulheres, com altura média de 161.9 ± 6.2 cm. Mulheres mais altas eram mais jovens, tinham maior nível educacional, menor IMC e mais frequentemente apresentaram alterações da homeostase glucídica (6.8% vs. 8.8%, $p = 0.002$). Mulheres com IMC inferior a 30 kg/m² eram mais altas do que as que apresentavam obesidade e a altura tendencialmente aumentou com o aumento do nível educacional. A altura associou-se a alterações da homeostase glucídica: OR 0.98 (95% CI: 0.96-0.99), $p = 0.001$, após ajustes multivariáveis. Contudo, esta associação foi apenas observada em mulheres com níveis educacionais mais elevados ou com IMC inferior a 30 kg/m². Não se verificou associação entre nível educacional ou IMC e a altura, $p = 0.25$ e 0.09, respetivamente.

Em conclusão, a altura aparenta estar inversamente associada às alterações da homeostase glucídica no pós-parto de mulheres com diabetes gestacional. Esta associação é apenas observada nas mulheres com nível educacional superior e IMC inferior a 30Kg/m².

PD 03

DESNUTRIÇÃO GRAVE: UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DIABETES MELLITUS

Cecília Vilas Boas Soares; Núria Fonseca;
Catarina Miguel Vieira; Miguel Rocha;
Manuel Costa Pinto; Inês de Albuquerque;
João Pedro Pinho; Ana Pessoa; Lara de Andrade Maia;
Mário Esteves

Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A diabetes mellitus representa um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia crónica. A diabetes tipo 2 é de longe a mais prevalente na população adulta. No entanto, a diabetes mellitus também pode resultar da insuficiência pancreática no contexto de inflamação crónica do pâncreas por outras causas. Nestes casos, o aparecimento da diabetes é geralmente assintomático ou pauci-sintomático, fruto da vigilância médica regular. Contudo, o défice de insulina daqui resultante, se não identificado atempadamente, pode induzir um estado de desnutrição pela alteração do metabolismo da glicose.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 51 anos, com consumos etílicos e tabágicos pesados, sem outros antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por astenia marcada e edema nos membros inferiores. A anamnese mais rigorosa evidenciou ainda perda de 15% de peso em 2 meses, anorexia, polidipsia, poliúria e ingestão habitual de doces e bebidas açucaradas. Ao exame objetivo com quadro constitucional marcado, candidose oral e miopatia proximal dos membros inferiores. Analiticamente com hemoglobina glicada 18,3% e colestase hepática. Realizou tomografia computadorizada, com imagem sugestiva de pancreatite crónica. Foi feito o despiste de causas autoimunes e iniciada correção glicémica e suplementação alimentar adequada. O acompanhamento posterior

em consulta permitiu constatar melhoria clínica notória da doente, com melhoria da astenia e da sarcopenia, e manter a sua motivação à adopção de hábitos saudáveis, progressiva introdução de atividade física e cumprimento dietético e da terapêutica.

Discussão: O acompanhamento regular dos doentes em contexto de cuidados de saúde primários é essencial para controlar fatores de risco. Quando este acompanhamento não é possível, dependendo do contexto e suporte social que o doente dispõe, podem passar despercebidos sinais de alarme precoces e assim precipitar o surgimento de complicações potencialmente fatais. Por essa razão, é imperioso o médico, sobretudo em contexto de urgência, estar alerta para apresentações atípicas de doenças relativamente comuns.

PD 04

TIMI SCORE E DIABETES TIPO 2: UMA AVALIAÇÃO DE RICO ESSENCIAL

Filipa Rodrigues; Pedro Simões; Micaela Sousa;
Andreia Diegues; Elisa Tomé; Miriam Blanco
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: Existe uma inter-relação entre a diabetes tipo 2 (DM2) e a insuficiência cardíaca (IC). Cada uma destas patologias é um fator de risco independente para o desenvolvimento da outra, conferindo a sua associação um pior prognóstico aos doentes. A IC é também uma das primeiras manifestações macrovasculares da DM2 (14.1% dos doentes aos 5 anos). Associando à DM2 a obesidade, a hipertensão arterial (HTA) e idade > 55 anos, o risco cumulativo de IC é de 60%, tornando essencial no tratamento da DM2 o uso de fármacos que reduzam o risco de IC. Neste sentido, o score TIMI Risk Score for Heart Failure in Diabetes é uma ferramenta desenvolvida para avaliação desse risco que contempla o uso de 6 variáveis. Um TIMI > 4

comporta uma incidência de 56.1% de hospitalização por IC.

Objetivos: Rastrear o risco de internamento por IC de indivíduos com DM2 seguidos numa consulta hospitalar.

Material e métodos: Aplicação do score de risco TIMI numa amostra de indivíduos com DM2 de forma retrospectiva durante o período de 1 ano.

Resultados e conclusões: Uma amostra de 147 doentes com idade média de 67 ± 12.17 anos (mínimo 32, máximo 93 anos). 46,3% eram mulheres e 53,7% homens.

Média de duração da doença de $14,5 \pm 8,7$ anos. Média de Hemoglobina A1c de $7 \pm 1,21\%$.

48,3% apresenta complicações microvasculares; 4,1% complicações macrovasculares e 10.9% ambas; 36,7% não têm complicações. Como comorbilidades: 70,1% têm HTA; 58,5% dislipidemia; 49,7% obesidade e 36,7% excesso ponderal.

A terapêutica farmacológica era apenas insulínica em 2%; terapêuticas não insulínicas em 38.8% e terapia combinada em 59.2%. Das terapêuticas não insulínicas, destaca-se o uso de inibidores da SGLT2 (iSGLT2) em 64.6% dos doentes; pioglitazona em 8,8% e inibidores da DPP4 em 50.3% (nenhum doente sob saxagliptina).

51% apresenta um TIMI de 0; 17% TIMI de 1; 9,5% TIMI de 2; 12,2% TIMI de 3 e 10,2% TIMI > 4. Registaram-se 8 internamentos por IC, todos em doentes com TIMI > 4.

Desta análise, verifica-se que quase 90% apresentam um TIMI <4 conferindo um menor risco de hospitalização por IC, contudo mesmo nestes foram privilegiadas classes farmacológicas com eficácia comprovada na redução do risco de IC. Nos 10.2% dos doentes com TIMI > 4, houve uma percentagem mais baixa de internamentos (~5%) do que

o score faria prever; estes resultados podem ser explicados pela elevada percentagem de uso de iSGLT2 e pela evicção de fármacos que aumentam esse risco (pioglitazona e saxagliptina), ficando estes últimos reservados a doentes menor score TIMI. Conclui-se que sendo a IC uma complicação precoce na DM2, o uso de um score de risco como o TIMI pode ajudar a introduzir mais precocemente fármacos que previnem o risco de hospitalização por IC.

PD 05

DIABETES GESTACIONAL – 5 ANOS DE CONSULTA

Emanuel Carvalho; Alice Pinheiro; Bernardo Silvério; Inês Albuquerque; Pedro Moura; Paulina Costa; Sara Azevedo; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A consulta de diabetes gestacional (DG) tem como objetivo seguir e orientar as grávidas com diagnóstico de DG no sentido de prevenir complicações materno-fetais.

Objetivos: Caracterizar a consulta de DG nos últimos cinco anos, analisando os seguintes parâmetros: o número de casos, a média de idades das grávidas, a terapêutica instituída e as complicações materno-fetais.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de grávidas acompanhadas na consulta de DG do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) entre 2016 e 2020. Os dados foram recolhidos através do acesso ao processo clínico eletrónico e posteriormente analisados usando o Microsoft Excel.

Resultados: Foram acompanhadas, ao longo dos 5 anos, 524 grávidas, com uma média de idades de 33.7 anos.

A proporção de grávidas sob terapêutica farmacológica diminuiu ao longo dos 5 anos, com preponderância para o uso de antidiabé-

ticos orais (ADO), em particular a metformina, em detrimento de insulina.

Verificou-se uma tendência para a introdução de terapêutica farmacológica mais precocemente.

Houve 60 registos de complicações materno-fetais ao longo dos 5 anos, sendo a mais frequente em todos os anos a hipertensão arterial (HTA) crónica e induzida pela gravidez e a menos frequente a morte fetal, apenas se registando um caso em 2018.

Comentário/Conclusão: Comparando os dados recolhidos no CHMA com os do RNDG evidencia-se que o número de casos de DG do CHMA tem uma evolução decrescente semelhante, exceto em 2019.

A médias de idade, a taxa de abortos, a taxa de pré-eclâmpsia e a taxa de polihidrâmnios é semelhante ao longo dos 3 anos e semelhante ao registo nacional, com aumento dos casos de terapêutica com ADO e diminuição das situações insulino-tratadas. No entanto, ao contrário do verificado a nível nacional, no CHMA não se verificou aumento dos casos de HTA crónica ou induzida ao longo dos anos.

POSTERS 06-11

08:30-09:30h

Moderadores: Dr. Nuno Bernardino Vieira e Dra. Inês Ferreira

PD 06

DIABETES GESTACIONAL – 5 ANOS DE EVOLUÇÃO – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E SUA RELAÇÃO COM O PESO FETAL

Pedro Ferreira; Núria Pinto; Cecília Soares; Manuel Pinto; Rita Xavier; Sidonie Monteiro; Sara Azevedo; Carla Pinto; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A prevalência global da diabetes gestacional (DG) foi estimada em cerca de 17%. Em Portugal, apesar da prevalência ainda não ser tão elevada, tem vindo a aumentar na última década, tendo atingido 8,8% em 2018. A DG está associada a taxas substanciais de complicações maternas e perinatais. O índice de massa corporal (IMC) superior a trinta kg/m² e o excesso de ganho de peso durante a gravidez são fatores de risco bem conhecidos para o aparecimento de diabetes gestacional.

Objetivos: Avaliar a evolução do IMC das grávidas com DG num período de 5 anos e a respetiva relação com o peso fetal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo tendo por base os registos da DG do Centro Hospitalar do Médio Ave. A base de dados agrega um total de 499 registos, para o período compreendido entre os anos de 2016 e 2020, dos quais foram excluídos 112 registos por falhas de registo. Foram incluídas no estudo um total de 387 grávidas com uma idade média de 34 anos.

Resultados: Para o período analisado, constatou-se uma maior prevalência de situações de excesso de peso e obesidade por contraponto com peso normal e baixo peso. A prevalência

de grávidas com excesso de peso e obesidade tem vindo a acentuar-se nos três últimos anos, com especial destaque para o ano 2020. No ano 2020, constata-se um aumento substancial no ganho ponderal excessivo durante a gravidez (47% das grávidas em 2020, contra 34% da média dos quatro anos anteriores). Grávidas obesas ou com excesso de peso apresentam uma propensão maior para recém-nascidos GIG (grande para a idade gestacional). No caso das grávidas com excesso de peso, a percentagem de GIG's é 70% superior à das grávidas com peso normal, enquanto que nas obesas, essa percentagem é 2,3x superior à das grávidas com peso normal.

Ao longo do estudo foi administrada metformina/insulina a aproximadamente 40% da amostra. Nas grávidas em que foi administrado metformina/insulina, 41% registaram um ganho ponderal excessivo, contra apenas 34% nas grávidas sem medicação.

Conclusão: Conclui-se que grávidas com excesso de peso ou obesidade apresentam maior propensão para ganho ponderal excessivo. Em termos temporais, esta preponderância tem vindo a acentuar-se desde 2017. No ano 2020 a percentagem de GIG's mais do que duplicou face a 2019, correspondendo a um aumento de 42% face à média dos 4 anos anteriores.

Estando demonstrada a relação entre o IMC materno e o peso fetal, a pandemia e os consequentes confinamentos, parecem ter exacerbado esse problema, ficando patente na maior percentagem de grávidas com peso acima do normal e consequentemente maior proporção de GIG's.

PD 07

DIABETES GESTACIONAL – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E REFERENCIAÇÃO PRECOCE

Núria Condé Pinto; Cecília Vilas Boas Soares; Rita Margarida Sousa Xavier; Manuel Costa Pinto; Pedro Ferreira; Sidonie Monteiro; Helga Martins; Sara Azevedo; Mário Esteves

Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: Diabetes gestacional (DG) define-se por intolerância à glicose detetada pela primeira vez na gravidez. É a alteração metabólica mais comum da gravidez, com complicações obstétricas, morbilidade neonatal e complicações a longo prazo para o bebé e mãe.

Em Portugal, o diagnóstico passa pela avaliação da glicemia em jejum na primeira visita pré-natal (glicemia > 92 e < 126 mg/dl) ou PTGO positiva entre as 24 e 28 semanas. No entanto, a aplicabilidade destes critérios ainda permanece sob discussão, bem como a importância do diagnóstico precoce.

Objetivos: Avaliar a relação entre o momento de diagnóstico de DG e complicações materno-fetais.

Avaliar a relação entre tempo de espera pela consulta de DG e complicações materno-fetais.

Material e métodos: Foi definida como amostra o conjunto de casos seguidos em consulta de DG entre 2016 e 2020 no Centro Hospitalar do Médio Ave com parto até março de 2021.

O momento de diagnóstico foi avaliado em semana e período (< ou > 24semanas) e o tempo de espera em semanas. Como complicações materno-fetais incluídas: complicações obstétricas, morbilidade neonatal, tratamento farmacológico, insulinoaterapia e resultado alterado na prova de reclassificação.

A análise de dados foi realizada em SPSS.

Resultados: Foram incluídas 543 grávidas com diagnóstico de DG, com mediana de idade de 34 anos, 32% diagnosticadas antes das 24 semanas. A espera mediana para a consulta foi de 3 semanas. Necessitaram de terapêutica médica 39%, e destas, 12% de insulino-terapia. Desenvolveram morbi-idade neonatal 16% e 13% complicações obstétricas. À prova de reclassificação com-pareceram 60% das puérperas. Destas, 5,8% apresentaram tolerância diminuída à glicose, 1,8% anomalia da glicose em jejum e 0,06% diabetes mellitus.

Observou-se relação estatisticamente signifi-cativa entre período de diagnóstico mais tar-dio e prescrição de tratamento farmacológico (*odds ratio* de 1.3, IC = 95%, $p = 0,031$). Não foi possível confirmar as restantes hipóteses formuladas.

Comentários: Nesta amostra demonstrou-se uma relação estatisticamente significativa entre diagnóstico mais tardio e necessidade de terapêutica farmacológica, reforçando a importância da avaliação precoce. No entan-to, muitas das grávidas diagnosticadas após as 24 semanas não têm registo de avaliação glicémica prévia, (questionando alteração mais precoce não documentada) e as grávi-das diagnosticadas nas primeiras 24 sema-nas não realizaram PTGO posterior (questio-nando possível normalização dos valores).

A fraca adesão à realização da prova de PTGO (60%), dado coincidente com os do Registo Nacional da Diabetes Gestacional, condicio-nou a avaliação da relação das variáveis em estudo com o controlo metabólico pós-parto, constituindo também uma limitação.

PD 09

FICHA LIPÍDICA NO DIABÉTICO: COMPARAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS NO CENTRO

João Eduardo Costa Ferreira Pina Cabral¹;
Sandra Cunha²; Tiago Macedo²;
Sophia Pereira Martins²; Joana Coelho¹;
Pedro Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE /
Hospital Geral; ²USF Trevim Sol

Introdução: O doente diabético apresenta um risco cardiovascular (CV) aumentado em comparação com a população geral. Assim, é de fulcral importância o controlo dos múlti-plos factores de risco CV, com objectivos bem definidos e estratégias bem estabelecidas. As linhas orientadoras de sociedades internacio-nais recomendam a estratificação de risco e ajuste da medicação com vista a objectivos cada vez mais exigentes. As políticas que pro-movem saúde são chave, e a abordagem do doente deve ser a mais precoce possível.

Objetivo: Comparar e avaliar, em conjunto e separadamente, a adequada gestão da ficha lipídica em doentes diabéticos seguidos em consulta de diabetes mellitus (DM) de uma unidade de saúde familiar (USF), tenden-cialmente de menor risco CV, e em doentes seguidos em consulta hospitalar de DM de Medicina Interna, tendencialmente com maior risco CV.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, observacional, descritivo com componente analítico.

População: Doentes seguidos em consulta de diabetes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospital, entre 40 e 75 anos, na zona centro. Amostra calculada para representati-vidade com intervalo de confiança de 95%, recorrendo à ferramenta EpiCalc.

Análise de dados: estatística descritiva e infe-rencial, utilizando o Excel.

Resultados: A população avaliada é de 442 doentes seguidos em consulta de CSP e 507 doentes seguidos em consulta hospitalar, com um total de 932 doentes. A amostragem foi calculada para um intervalo de confiança de 95%. Na população dos CSP, de acordo com a classificação proposta pela *European Society of Cardiology* (ESC), encontramos 82% de doentes em risco elevado e 17,5% em muito elevado. Na população hospitalar, encontramos 43% e 54%, respectivamente. Os restantes são de risco moderado. Ajustando então aos alvos estabelecidos, 38% da população da USF encontra-se acima do alvo, estando 79% da população hospitalar acima dos valores propostos. Em ambas as populações estudadas, em apenas 30% dos doentes que se encontravam fora do alvo se intensificou a terapêutica antidislipidémica na consulta avaliada. Faz-se também uma descrição da terapêutica adoptada, seja monoterapia, terapia dupla, tripla ou sem medicação, dando ênfase à potência da estatina utilizada.

Conclusões: Observa-se uma percentagem preocupante de doentes acima do alvo, com valores entre 72 e 84%, conforme a classe de risco. Estes dados são comparáveis com o estudo Double D: Diabetes e dislipidemia, realizado na zona norte em ambiente de CSP, em 2015, evidenciando assim uma tendência mantida. Comparando com o *National Audit for Diabetes*, no Reino Unido, onde alcançaram o objectivo da ficha lipídica em 93% dos doentes, pode-se inferir o grande caminho a percorrer. Através de políticas de promoção de saúde e auditoria à prescrição médica, é imperativo alertar não só o doente, mas também o médico para que se possa alcançar uma verdadeira redução de risco cardiovascular.

PD 10

A CRISE EPILÉTICA NUNCA VEM SÓ

Vanessa Pires¹; Sofia Perdigão²; Rita Gamboa¹; André Assunção¹; Rafael Jesus¹; Andreia Matas¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A hiperglicemia pode estar associada a uma variedade de manifestações neurológicas, desde alucinações, hemibalismo, disfagia, cefaleias ou mesmo coma. As crises epiléticas são também manifestações raras deste distúrbio, que respondem de forma mais ou menos breve à correção das alterações metabólicas.

Material e métodos: Apresenta-se o caso de uma doente de 79 anos, parcialmente dependente para as atividades de vida diária e com antecedentes de deterioração cognitiva, obesidade, fibrilhação auricular permanente, insuficiência cardíaca e síndrome de apneia obstrutiva do sono grave. Foi trazida ao serviço de urgência em março de 2021 por alteração do estado de consciência, sendo que nos meses prévios havia descrição de agravamento das queixas cognitivas e de episódios paroxísticos de alteração da linguagem. À admissão estava vigil, não compreendia nem cumpria ordens simples e apresentava desvio ocular para a direita, parésia crural direita emioclónicas da hemiface ipsilateral. Perante a suspeita de crise sintomática aguda fez terapêutica com levetiracetam e, posteriormente, lacosamida. O estudo complementar documentou glicemia 409 mg/dL, osmolaridade sérica de 294 mOsm/Kg, sem acidose metabólica ou cetose, confirmando o diagnóstico de diabetes mellitus inaugural. Odoseamento de HbA1c era 16% e o peptídeo C e insulina eram normais. A angio-tomografia computadorizada cranioencefálica evidenciou hipodensi-

dades ténues periventriculares bilaterais de tipo vascular microangiopático e o eletroencefalograma (EEG) mostrou sinais de lentificação difusa bilateral, sem aparente atividade epileptiforme. Iniciou correção glicémica com esquema intensivo de insulina que permitiu obter controlo sintomático e sem recidiva de crises ou sinais focais.

Conclusão: O espectro clínico das crises epiléticas é vasto, incluindo manifestações convulsivas e não convulsivas, pelo que a identificação do fator desencadeante é fundamental. Assim, este caso vem realçar a utilidade da determinação da glicemia capilar, aliada ao estudo eletroencefalográfico, num doente que se apresenta com alterações do comportamento e/ou estado de consciência, dado que o tratamento adequado da hiperglicemia permite melhorar prognóstico, ainda que não existam sintomas ou história prévia de diabetes.

PD 11

DIABETES GESTACIONAL E RECLASSIFICAÇÃO PÓS-PARTO

Cecília Vilas Boas Soares; Manuel Costa Pinto; Núria Condé Pinto; Pedro Ferreira; Rita Margarida Sousa Xavier; Sidonie Monteiro; Lara Maia; Sara Azevedo; Mário Esteves
CHVN Famalicão

Introdução: A diabetes gestacional (DG) representa o distúrbio metabólico mais frequente na gravidez, com potenciais complicações materno-fetais imediatas e risco futuro de desenvolver diabetes tipo 2. O seu diagnóstico é feito através da medição da glicemia em jejum na primeira consulta pré-natal e/ou prova de tolerância à glicose (PTGO) entre as 24 e as 28 semanas de gestação. Para além do acompanhamento médico regular durante a gravidez com monitorização da glicemia e ajustes terapêuticos necessários, é essencial

repetir a PTGO 6 a 8 semanas após o parto, de modo a se reclassificar a doença, dando-a como resolvida ou estabelecendo a sua evolução para tolerância diminuída à glicose ou diabetes tipo 2.

Objetivos: Neste trabalho, procurou-se determinar a adesão das grávidas seguidas em consulta externa DG do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) no ano de 2020 à consulta de reclassificação pós-parto. Para além disso, averiguar a existência de correlação entre o resultado da reclassificação e o peso ou a terapêutica instituída para controlo metabólico.

Material e métodos: Foram incluídas na amostra 122 grávidas referenciadas para a consulta externa de DG no ano de 2020, tendo sido depois excluídos 2 casos por não confirmação do diagnóstico. Às restantes 120 grávidas incluídas no estudo, foi feita uma análise descritiva do seu índice de massa corporal (IMC) inicial, ganho ponderal durante a gravidez, necessidade de terapêutica farmacológica para controlo metabólico e posterior resultado na consulta de reclassificação.

Resultados e comentários finais: Apenas 47,5% das grávidas compareceram à consulta de reclassificação no nosso hospital, dado que 15% faltaram e 37,5% perderam seguimento ainda durante a gravidez. De entre as doentes que compareceram à consulta, apenas 7% desenvolveram tolerância diminuída à glicose, sendo que as restantes tiveram resposta normal à PTGO. Verificou-se que o IMC inicial das primeiras era de $36,90 \pm 2,09$ kg/m² e das segundas de $27,19 \pm 5,69$ kg/m², sem que houvesse diferença no ganho ponderal entre os dois grupos. De notar que todas aquelas com tolerância diminuída à glicose na prova de reclassificação tiveram necessidade de terapêutica farmacológica para controlo metabólico durante a gravidez. No entanto, estes resultados não são robustos

o suficiente para que se possam tirar conclusões com significado estatístico, dado o baixo número de doentes que compareceram à consulta de reclassificação. Ainda que grande parte das grávidas possa ter optado por manter seguimento em consultas privadas, é de realçar a situação pandémica que se viveu no período abrangido pelo estudo, o que poderá ter contribuído significativamente para a falta de adesão à consulta pós-parto.

POSTERS 12-16

08:30-09:30h

Moderadores: Dra. Isabel Lavadinho e Dr. Paulo Bandeira

PD 12

DIABETES GESTACIONAL: CONTROLO METABÓLICO E TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

Manuel Costa Pinto; Cecília Vilas Boas Soares; Núria Condé Pinto; Pedro Ferreira; Rita Margarida Sousa Xavier; Sidonie Monteiro; Cátia Dias; Sara Azevedo; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE/Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A diabetes gestacional (DG) é uma das patologias mais frequentes na gravidez que, se não tratada adequadamente, se associa a complicações materno-fetais de gravidade variável. Nesse sentido, o acompanhamento médico regular com adequação da terapêutica instituída e monitorização do controlo glicémico constitui um dos pilares fundamentais no seguimento destas doentes. **Objetivos:** Neste trabalho, procurou-se avaliar o controlo metabólico face à terapêutica instituída nas grávidas seguidas em consulta externa de DG no ano de 2020 no Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA).

Material e métodos: Foram incluídas na amostra um total de 122 grávidas referen-

ciadas à consulta de DG, tendo sido excluídos 2 casos por não confirmação do diagnóstico. Analisou-se o grau de controlo metabólico através da hemoglobina glicada (HbA1c) ao longo da gestação e a sua relação com a terapêutica instituída. A análise estatística foi realizada com o SPSS.

Resultados e comentários finais: As medidas dietéticas e comportamentais tiveram um papel fundamental no controlo da DG, sendo que 65,5% das grávidas conseguiram controlo metabólico eficaz apenas com estas medidas. As restantes necessitaram de iniciar tratamento com metformina por volta das 29 semanas de gestação com dose média diária de 1226,19 mg. Nesta amostra, apenas uma grávida teve necessidade de iniciar insulino-terapia. O controlo das glicemias permitiu valores de HbA1C sempre inferiores a 6% em todos os trimestres, tendo o valor mais alto (6%) sido detetado na única grávida com necessidade de insulino-terapia. Assim, estes resultados mostram que uma vigilância apertada do controlo glicémico das grávidas pode minimizar o risco de descontrolo metabólico, protelando o início da terapêutica farmacológica e evitando assim possíveis complicações durante a gestação.

PD 13

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E DIABETES GESTACIONAL: SEIS ANOS DE CONSULTA, O QUE ESPERAR?

Inês de Albuquerque Monteiro; Bernardo Silvério; Pedro Fernandes Moura; Emanuel Carvalho; Sidonie Monteiro; Sofia Teixeira; Sara Azevedo; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE/Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é a comorbilidade mais frequentemente diagnosticada na gravidez (em 10% dos casos). Pelo

seu impacto negativo no desenvolvimento gestacional bem como por constituir um marcador de risco de morbidade materno-fetal, deve ser rapidamente identificada e tratada. Pode manter-se controlada durante toda a gestação ou evoluir para complicações obstétricas graves nomeadamente pré-eclampsia, aborto e morte materno-fetal. A idade materna avançada (> 40 anos) aumenta o risco de morbidade materno-fetal, sendo um fator importante na avaliação global do risco da grávida.

Objetivos: Avaliar a evolução das comorbilidades obstétricas (aborto/morte fetal, pré-eclampsia, HTA gestacional (HG) e hidrâmnios) nas grávidas seguidas em consulta de diabetes gestacional (DG) do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA).

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de 590 grávidas com DG seguidas em consulta de DG no CHMA entre 2015 e 2020 (total de 6 anos). A análise dos dados incidiu sobre o surgimento de complicações obstétricas durante a gestação. Foi realizada uma avaliação global das complicações, uma avaliação seriada por 3 faixas etárias (< 35 anos, 35 a 39 anos, > 40 anos) e por fim uma avaliação da HG isoladamente.

Resultados e conclusões: Entre 2015 e 2020, a taxa de pré-eclampsia foi superior nas grávidas sem HTAG relativamente às grávidas com HTAG (47% vs 35%). A taxa global de complicações tem vindo tendencialmente a aumentar principalmente na faixa etária com < 35 anos (em 2020 com 15%), mantendo-se a faixa etária > 40 anos com a taxa mais elevada (em 2020 com 18%). Na análise da HG isoladamente, constatamos que a taxa de ocorrência na faixa etária < 35 anos tem vindo a aumentar (em 2020 com 6%) ao contrário da faixa 35-39 anos que se tem mantido estável (em 2020 com 4%).

De acordo com a literatura, existe um risco

acrescido (50%) de grávidas com HG, desenvolver pré-eclampsia durante a gravidez, o que não se verificou na nossa amostra, surgindo a taxa mais elevada (47%) nas doentes sem HG. No futuro, poder-se-á proceder a uma análise estratificada para possíveis confundidores, de forma a diminuir essa diferença de resultados. Ao avaliarmos a taxa global de complicações, esta é corroborada pela literatura, uma vez que existe uma evolução paralela entre o aumento das complicações obstétricas e o aumento da idade materna. Concluimos que, de acordo com o tamanho amostral reduzido, a taxa global de complicações aumenta com a idade materna (> 40 anos), a HG na nossa amostra não mostrou aumentar o risco de desenvolver pré-eclampsia. Avaliando a taxa de incidência global de HG esta tem vindo a diminuir ao longo dos anos, no nosso centro, ao contrário dos dados nacionais, o que reforça a importância de um acompanhamento hospitalar de gravidez com fatores de risco para HTA.

PD 14

CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES POR CLUSTERS: FUNCIONA NA VIDA REAL?

Filipa Rodrigues; Pedro Simões; Micaela Sousa; Andreia Diegues; Elisa Tomé; Miriam Blanco
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é uma doença heterogénea. A hiperglicemia provem de processos múltiplos e complexos que influenciam as características clínicas, progressão, resposta a fármacos e desenvolvimento de complicações.

O estudo sueco ANDIS (*All New Diabetics In Scania*) propõe a existência de 5 clusters: Cluster 1 (C1) – *Severe Autoimmune Diabetes* – idade de início mais jovem; anticorpos GAD (Anti-GAD) positivos; Índice de Massa Corporal (IMC) baixo e Hemoglobina Glicada (HA1C)

mais alta. O Cluster 2 (C2) – *Severe Insulin Deficient Diabetes* - tem Anti-GAD negativos; idade de início jovem (mas superior ao C1); um IMC baixo; uma HA1C baixa e maior incidência de retinopatia. O Cluster 3 (C3) – *Severe Insulin Resistant Diabetes* – apresenta maior insulinoresistência (IR); um IMC elevado; presença de *Non Alcoholic Steatohepatitis* (NASH) e maior incidência de nefropatia. O Cluster 4 (C4) – *Mild Obesity Related Diabetes* – tem um IMC elevado, mas sem IR e uma idade de início baixa. O Cluster 5 (C5) – *Mild Age Related Diabetes* – com doentes acima dos 55 anos, sendo o mais frequente.

Objetivos: Classificar diabéticos em clusters para guiar terapêutica e identificar doentes de alto risco de complicações.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de diabéticos seguidos em consulta de Diabetologia durante 1 ano.

Resultados e conclusões: N = 173 doentes: 13,9% DM tipo 1, 86% DM tipo 2 e 0.1% outro tipo de DM. Idade média $62,1 \pm 16,8$ anos (mínimo 20; máximo 93 anos). 45,1% mulheres; 54,9% homens. Média de duração da doença de $14,7 \pm 8,8$ anos. Média de HA1c de $7,3 \pm 1,2\%$. 59% com complicações: 46,2% microvasculares; 3,5% macrovasculares e 9,2% ambas. A terapêutica farmacológica era apenas insulínica em 13,9% ; terapêutica não insulínica em 33,5% e 52.6% terapia combinada.

Na classificação por clusteres: 13,9% pertencem ao C1, correspondendo à DM tipo 1, com idade média de início de 19,5 anos, 91,7% com IMC normal, uma média de HA1C de 7,9% e 100% sob insulina.

11% são C2 com uma idade média de início de 41 anos, IMC normal em 68,4%, uma média de HA1C de 7% e 47,4% com retinopatia. 16,8% são C3 com NASH em 93,1%, IMC elevado em 98% e nefropatia em 44,8%

Ao C4 pertencem 26,6%, com 95,8% com

IMC elevado e uma idade média de início de doença aos 44,8 anos

No C5 insere-se 31,8% da amostra com uma idade média de início de doença aos 67 anos. A proporção tratada com insulina é maior em C1, C2 e C4, metformina em C3, C2 e C4, agonistas da GLP1 em C3 e C4, inibidores da SGLT2 em C3 e C4 e de glitazonas em C3.

Concluindo, esta classificação é reproduzível numa população do mundo real e é útil para identificar doentes com maior risco de complicações e do mecanismo intrínseco da doença, podendo guiar o tratamento, apesar de especialistas em DM já orientarem o tratamento segundo a fisiopatologia e as comorbilidades/complicações associadas. Falta por perceber se esta divisão por clusters melhorará os outcomes da diabetes e o controlo metabólico dos doentes a longo prazo.

PD 15

METFORMINA, UM FÁRMACO EFICAZ NA DIABETES GESTACIONAL?

Pedro Fernandes Moura; Pedro Neves; Nuno Cardoso; Inês Albuquerque; Bernardo Silvério; Emanuel Carvalho; Mário Esteves; Paulina Costa; Sara Azevedo
CHVN Famalicão

Introdução: Diabetes gestacional (DG) define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, que é diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. Na gravidez, a metformina foi utilizada no passado com maior cautela devido à sua capacidade de ultrapassar a placenta, receando-se efeitos adversos no normal desenvolvimento do feto. Mais recentemente a sua segurança tem vindo a ser demonstrada em vários estudos. Com o surgimento desta nova evidência verificou-se que a partir de 2015, uma grande proporção de doentes começou a ser tratada com este fármaco.

Objetivos: Comparar o tratamento de grávidas seguidas na consulta de DG do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA). Comparar o controlo metabólico conseguido com os tratamentos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com DG seguidos em consulta externa de DG do CHMA desde o ano 2011 a 2020. Estes doentes foram divididos em dois períodos: primeiro período (P1) com doentes seguidos na consulta de 2011 a 2014 e segundo período (P2) com doentes de 2016 a 2020.

Numa primeira análise foi comparado o número de doentes sob terapêutica farmacológica e não farmacológica. Numa segunda análise foi comparada a HbA1c entre os doentes dos dois grupos, sendo que para isto foram excluídos os doentes sem dados disponíveis sobre HbA1c no terceiro trimestre.

Resultados e conclusões: Foram analisados, no total 804 pacientes, 254 dos quais seguidos no P1 e 550 no P2.

Na primeira análise verificou-se que em P1 apenas 17% (n = 43) dos doentes estavam sob terapêutica farmacológica (insulina), comparativamente aos do P2 41% (n = 225). Subanalisando os doentes, em P1 17% estavam sob terapêutica com insulina e, em P2, 36.18% encontravam-se medicados apenas com metformina, 2.18% apenas com insulina e 2.55% com ambos.

Na segunda análise verificou-se que os doentes seguidos no primeiro período apresentavam uma HbA1c de 5.260, sendo esta maior em 2.85% comparativamente ao segundo período. Esta diferença é mais marcada quando se subanalisaram os doentes sob terapêutica farmacológica, apresentando uma HbA1c 4.64% superior comparativamente ao P1.

De acordo com a análise desta pequena amostra verifica-se que ao longo dos anos, uma percentagem progressivamente maior

de doentes com DG se encontra sob tratamento farmacológico, verificando-se também a existência de valores médios de HbA1c inferior. Verifica-se também que o tratamento farmacológico passa cada vez mais pela utilização de metformina em desfavor da insulina. Estes resultados podem traduzir uma maior confiança do profissional de saúde na prescrição de um fármaco mais económico e de mais fácil administração como é o caso da metformina. Isto pode levar à instituição de terapêutica farmacológica numa fase mais precoce, podendo isso justificar um melhor controlo metabólico dos doentes. Uma maior adesão dos doentes a esta terapêutica pode também ajudar a conseguir valores médios de HbA1c inferiores.

PD 16

DIABETES GESTACIONAL E A DISTOCIA DO PARTO

Rita Xavier; Cecilia Soares; Manuel Pinto; Núria Fonseca; Pedro Ferreira; Sidonie Monteiro; Sara Azevedo; Carla Peixoto; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: Na atualização de 2017 do Consenso “Diabetes Gestacional” lê-se: “Diabetes Gestacional (DG) define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez.”

A resistência materna à insulina e a hiperglicemia materna levam a maior transporte de glicose através da placenta e, conseqüentemente, hiperinsulinemia e maior crescimento fetal. Este associa-se a recém-nascidos (RN) grandes para a idade gestacional e macrosómicos. Nesse sentido, é expectável uma relação entre o diagnóstico de DG, parto distóxico e eventos adversos neonatais como distócia de ombros.

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo pes-

quisar a relação entre o diagnóstico de DG e as complicações do parto, com base nas grávidas acompanhadas na consulta de DG do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA).

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo por consulta da base de dados da Consulta Externa de DG do CHMA, nos anos de 2016 a 2020.

Resultados e conclusões: Durante os 5 anos, o número médio de consultas realizadas foi de 111/ ano. Foram incluídas 467 grávidas e excluídas 80 (parto não ocorrido no CHMA)

Verifica-se uma relação entre o diagnóstico de DG e o aumento da idade materna (45,4% com mais de 34 anos, assim como com o excesso de peso/obesidade (63,7% das grávidas). Quinze dos RN (3,2%) são macrossómicos. Quanto ao parto, há aumento dos partos pré-termo, aumento da percentagem de partos induzidos e diminuição da distócia.

A DG é uma problemática cada vez mais frequente e que, aliada aos fatores de risco cada vez mais prevalentes associados ao estilo de vida do mundo ocidental, acarreta consequências graves e descritas. A macrosomia fetal e o facto de os RN serem expectavelmente grandes para a idade gestacional, aumenta o número de partos programados e induzidos. Por outro lado, naqueles em que o parto é espontâneo, tem-se verificado um aumento dos partos distócicos, com potenciais riscos quer para a mãe, quer para o RN. O seguimento precoce destas gestantes é imperativo, tal como o é o controlo dos fatores de risco modificáveis concomitantes, como o peso materno.

Não se podem considerar estes resultados significativos, uma vez que a amostra não é representativa.

Considera-se um viés o facto de não se estabelecer comparação com os partos de grávidas sem DG. Assume-se que o aumento de partos programados e conseqüente menor

taxa de complicações possa estar, em parte, relacionado com o contexto de pandemia.

Dado ser uma condição frequente, com fatores de risco associados cada vez mais comuns no mundo ocidental, considera-se imprescindível a realização de mais estudos, mais abrangentes, para estabelecimento de uma relação direta e objetiva.

POSTERS 17-22

17:15-18:15h

Moderadores: Dra. Patrícia Bacellar e Dra. Ana Rita Paulos

PD 17

DIABETES MELLITUS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: RECONHECIMENTO E ADEQUAÇÃO DA TERAPÊUTICA

David Lopes Sousa; Sandra D. Santos; Ana Sofia Teixeira; Armando de Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE/ Hospital Geral

Introdução: A diabetes mellitus apresenta uma prevalência cada vez mais elevada no mundo e no nosso país, com conseqüente aumento do número de internamentos de doentes diabéticos. Baseados em estudos prévios, os autores avaliaram a estratégia de reconhecimento da Diabetes mellitus num Serviço de Medicina Interna e a sua adequação de acordo com as recomendações das Sociedade Portuguesa de Medicina Interna/ Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPMI/ SPD). Avaliaram também a eficácia do esquema de insulino-terapia instituída aos diabéticos já conhecidos.

Materiais e métodos: Estudo prospectivo, observacional de todos os doentes internados em 3 Enfermarias do Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central durante 30 dias. Nos doentes sem diabetes conhecida pesqui-

saram-se glicémias (GC) em jejum e ao final do dia e em doentes com glicemia > 140 mg/dl prolongou-se essa monitorização de GC entre 24 a 48 horas. Nos doentes diabéticos catalogaram-se os esquemas insulínicos em *Sliding scale*, *Basal-bólus* e *Basal-plus* e correlacionou-se com o nível de controlo ao 7º dia de internamento e com o nº de hipoglicémias.

Resultados: Dos 137 doentes inicialmente avaliados (53,2% mulheres, média de idades 80,6 anos), 37 (27%) tinham já o diagnóstico de diabetes mellitus. Nos doentes sem diabetes conhecida, foi feita a pesquisa bidária de GC durante 24 ou 48 horas em 38 doentes (27% do total), tendo-se diagnosticado um diabético de novo. Em 4 dos doentes optou-se por dosear a hemoglobina glicada como indicador de doença. Relativamente aos esquemas insulínicos, o mais frequentemente utilizado foi o *Basal-plus* em 22 doentes, correspondendo a 59,5% dos doentes diabéticos, seguido do *Sliding scale* com 10 doentes (27%) e *Basal-bólus* em apenas 4 doentes (10% dos diabéticos). Nenhum dos esquemas utilizados conduziu a hipoglicémias e os que melhor contribuíram para controlo de GC ao 7º dia internamento (GC < 180 mg/dl) foram o *Basal-plus* (40,9%) e o *Sliding scale* (40%).

Conclusão: Os autores apresentam dados que demonstram uma baixa taxa de investigação da diabetes “de novo” no doente internado, apesar de haver uma recomendação formal das SPMI/SPD para tal. Na maioria dos casos em que foi iniciado o estudo de doentes com hiperglicémias, este foi feito de acordo com o recomendado. Dois dos esquemas insulínicos prescritos foram eficientes no controlo da Diabetes, sem registo de hipoglicémia. Este trabalho alerta para uma baixa taxa de pesquisa desta doença tão prevalente no doente internado, apesar de as hiperglicémias no

internamento não constituírem uma situação negligenciável, cursando com mortalidade mais elevada. Além disso, o internamento constitui um período privilegiado para a educação terapêutica do doente diagnosticado de novo, bem como da família, devendo por isso ser feito um esforço dos profissionais no diagnóstico, otimização da terapêutica, educação e desmistificação da doença.

PD 18

DIABETES AUTOIMUNE LATENTE DO ADULTO – UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Sérgio Madureira; Pedro Ribeirinho Soares; Ana Isabel Pinho; Rita Lino; Silvia Fernandez; Edite Pereira; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

A diabetes mellitus (DM) constitui uma patologia prevalente associada a elevada morbidade e impacto socioeconómico na sociedade atual. Constitui uma doença com fenótipos distintos – encontrando-se os tipos 1 e 2 nos extremos deste especto. Descrevemos no presente caso clínico o diagnóstico de diabetes autoimune latente do adulto (LADA), após 15 anos do início da sintomatologia.

Mulher de 42 anos com antecedentes conhecidos de obesidade (IMC 32), hipertensão arterial e DM tipo 2 com 15 anos de evolução, com agravamento recente do controlo glicémico. Internada na enfermaria de medicina interna por lesão renal aguda com acidemia metabólica com GA normal em contexto de desidratação por diurese osmótica e toma de AINES. Correção do distúrbio ácido-base e resolução da disfunção renal nas primeiras 48h de internamento. Da história clínica destacava-se um agravamento súbito do controlo glicémico – tinha sido diagnosticada com DM tipo 2 aos 25 anos em contexto de perda ponderal de 10% da massa corporal, desde então medicada com antidiabéticos orais com bom

controlo glicémico (HbA1c < 7% até 2020) e sem evidência de lesão de órgão alvo (retinopatia ou microalbuminúria). No início de 2021 documentado agravamento do controlo metabólico com HbA1c 11%, sem sintomatologia associada, tendo iniciado insulino-terapia com necessidade de titulação progressiva até 60UI/dia - sem atingir controlo adequado. Negava incumprimento terapêutico, e não tinha realizado corticoterapia ou outros fármacos associados a hiperglicemia. Ao exame físico destacavam-se obesidade central associada a hirsutismo, alopecia e pletora facial – tendo-se excluído hipercortisolismo endógeno - cortisol salivar a meia-noite e cortisolúria 24h normais e prova de supressão com dexametasona com supressão adequada. Do restante estudo realizado destacam-se um peptídeo C 4.63 com pesquisa de glicemia 195 mg/dL (em jejum) e anticorpo anti-GAD positivo com título elevado (102). Assumido o diagnóstico de LADA, com função de células B preservada e várias características de sobreposição com DM tipo 2 e aparente insulino-resistência - teve alta medicada com Insulina Detemir 32 + 22 e agonista GLP-1. Avaliada em consulta externa 1 mês após altacom melhoria marcada do controlo glicémico, mantendo vigilância semestral em regime ambulatorial.

O presente caso ilustra a necessidade de um elevado nível de suspeição no diagnóstico da diabetes mellitus, em particular no doente jovem. A abordagem desta patologia apresenta um elevado impacto na morbimortalidade destes doentes, sendo fundamental o diagnóstico atempado, permitindo uma abordagem terapêutica individualizada.

PD 19

A FERIDA QUE NÃO CICATRIZA

David Lopes Sousa; Sandra d. Santos; Ana Sofia Teixeira; Armando de Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença endócrina crónica associada a diversas complicações micro e macrovasculares, estando também associada a maior dificuldade na cicatrização de feridas.

Caso: Reportamos o caso de um homem de 72 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo metabólico (HbA1c 8,2%), colite ulcerosa, doença pulmonar obstrutiva crónica e hérnia incisional de laparotomia pós cirurgia a úlcera duodenal em 1986. Em 2009 foi submetido a hernioplastia da referida hérnia tendo-se verificado com má cicatrização da ferida operatória, que persiste sem cicatrizar até 2021, não tendo sido possível a remoção cirúrgica da prótese. Foram excluídas outras patologias sistémicas, além das já referidas. O estudo microbiológico da ferida tem-se revelado consistentemente negativo. Biopsias repetidas da ferida excluíram rejeição da prótese, malignidade ou infecção, sendo inconclusivas quanto à hipótese de pioderma gangrenoso superficial. Actualmente mantém seguimento em consultas de Cirurgia Geral, Diabetologia e Dermatologia, ainda sem diagnóstico definido, mantendo necessidade de penso semanal.

Discussão: Apresentamos um caso que se tem revelado um desafio diagnóstico e terapêutico com vários anos de evolução, a exigir cuidados multidisciplinares para controlo e prevenção de novas complicações.

PD 20

BREVE REVISÃO SOBRE PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL AO LONGO DE 5 ANOS DO CHMA

Bernardo Silvério; Inês Albuquerque; Pedro Moura; Emanuel Carvalho; Paulina Costa; Sidonie Monteiro; Sara Azevedo; Isabel Vinhas; Mário Esteves
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: A Diabetes Gestacional (DG) define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez. De acordo com os dados publicados na Revista Portuguesa de Diabetes, em 2018 a prevalência de DG foi de 8,8% da população parturiente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), registando-se um aumento da sua significância ao longo da última década. Verifica-se, ainda, que a prevalência da Diabetes Gestacional aumenta com a idade das parturientes, atingindo os 17,7% nas mulheres com idade superior a 40 anos em 2018

Objetivos: Descrever a evolução da DG no Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) nos anos de 2016-2020, bem como de alguns aspetos relacionados com as grávidas

Material e métodos: Estudo retrospectivo das grávidas com DG seguidas no CHMA de 2016 a 2020. Foram analisados alguns parâmetros, tais como idade, Índice de Massa Corporal (IMC), situação obstétrica (primigesta ou não), diagnóstico prévio de DG em outras gravidezes e macrossomia fetal. Foi elaborada uma análise estatística descritiva relativamente a estes dados.

Resultados e conclusões: A prevalência de DG no CHMA apresentou um aumento de 2016 para 2017 tendo posteriormente estabilizado entre os 9 e os 12%. A distribuição das idades das grávidas com DG mostra que a maioria se encontra entre os 30 e os 39 anos,

nos 5 anos estudados, seguindo-se o grupo dos 20 aos 29 anos. Relativamente ao IMC, verifica-se que a maioria se encontra no intervalo de peso normal (18,5-24,9), seguindo-se o intervalo do excesso de peso (25-29,9). O número absoluto de grávidas com diagnóstico de DG em gravidezes prévias manteve-se relativamente constante, bem como o número de primigestas com diagnóstico de DG. No que diz respeito à existência de macrossomia fetal, verifica-se que o número tem vindo a aumentar desde 2018.

Comparando com os dados nacionais, não se verificou aumento significativo nos últimos anos do número de grávidas com DG (estável nos últimos 2-3 anos). Comparando com dados publicados pela Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, as idades das grávidas foram concordantes, com uma média de idades de 33 anos (situado no grupo dos 30-39 anos). Relativamente ao IMC prévio à gravidez, neste estudo o IMC médio foi de 27 kg/m², ou seja, algo superior à maioria das grávidas do CHMA (situadas no grupo 18,5-24,9). Relativamente aos casos de macrossomia, os dados são um pouco variáveis mas são concordantes com os verificados no CHMA nos últimos 2-3 anos.

PD 22

EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS DA UTILIZAÇÃO DE ARGLP-1 NUMA CONSULTA DE DIABETES HOSPITALAR

Luis Marques Loureiro¹; Ana Maria Carvalho¹;
Sílvia Baptista da Silva²; Marta Rodriguez¹;
Fernanda Linhares¹; Fernando Salvador¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; ²Faculdade de Ciência da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto

Introdução: A DM constitui um problema de saúde pública na população portuguesa, com particular relevo no interior transmontano, onde a sua prevalência é elevada. Acarreta um elevado custo, quer pela doença em si, quer pelas comorbilidades associadas. A terapêutica antidiabética, baseada nas incretinas, em particular os análogos da GLP1 (arGLP-1), tem demonstrado efeitos benéficos em relação ao peso e à prevenção de eventos MACE (morte cardiovascular, EAM ou AVC não fatal), contribuindo para um melhor controlo da doença.

Objetivos: Avaliar a evolução dos doentes com DM tipo 2 seguidos em consulta de diabetes num Hospital Distrital e medicados com arGLP1, relativamente ao controlo metabólico, ocorrência de eventos cardiovasculares e efeitos secundários, ao longo de 24 meses.

Material e métodos: Foi realizado uma análise descritiva e retrospectiva, tendo por base uma amostra de doentes seguidos na consulta de diabetes, de um Hospital Distrital entre 1 janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2019. Os dados foram recolhidos através da consulta do processo eletrónico dos utentes no SCLínico e na Plataforma de Dados em Saúde.

Resultados: A amostra analisada era constituída por um total de 152 doentes, sendo que 23% (n = 35), estavam medicados com arGLP1. Desses 4 foram excluídos por ausência de *follow-up* completo. Do total de 31 doentes,

58,1% (n = 18) eram do sexo feminino e 41,9% (n = 13) do sexo masculino, sendo a média de idade dessa população de 71 anos. A maioria apresentava tempo de evolução de doença superior a 10 anos (87,1%, n = 27), sendo que 90,3% (n = 28) cumpriam terapêutica associada com ADO e 9,7% (n = 3) com ADO e insulina. As comorbilidades mais comuns eram a dislipidemia em 100% dos doentes (n = 31) e aHTA em 96,7% dos doentes (n = 30). A prevalência de doença microvascular era de 74,2% (n = 23) e de doença macrovascular de 45,2% (n = 14). Do total de 31 doentes, 80,7% (n = 25) mantiveram terapêutica com arGLP-1 durante os 24 meses. Dos 19,4% (n = 6) que suspenderam arGLP-1, a duração média de terapêutica foi de 14 meses. O motivo principal de suspensão foi o incumprimento terapêutico em 66,7% (n = 4) dos doentes, a falência terapêutica em 6,5% (n = 1) e a intolerância GI em 6,5% (n = 1). A salientar que 22,5% (n = 7) dos doentes, referiram efeitos secundários GI, sendo que desse apenas 1 doente suspendeu o fármaco por intolerância. O IMC da população inicial era de 33,2 kg/m², o peso médio de 91,5 Kg e o nível basal de HbA1C de 8,1%. Ao fim de 24 meses observou-se uma redução média do IMC de 3,2%, uma perda de peso de 4,1% e uma redução média de 1,4% do valor basal de HbA1C. Durante o *follow-up*, não foram registados eventos MACE ou hospitalizações por IC.

Conclusões: A totalidade dos doentes sob arGLP1 apresentavam múltiplos fatores de risco cardiovascular. A maioria apresentou melhoria do controlo glicémico e metabólico (diminuição da HbA1C e IMC). A salientar que não existiram intercorrências hospitalares associadas à doença cardiovascular.

Moderadores: Dra. Violeta Iglésias
e Dr. Francisco Bento Soares

PD 23

CETOACIDOSE DIABÉTICA EUGLICÉMICA: THE DARK SIDE DOS INIBIDORES SGLT2

Luis Marques Loureiro¹; Ana Maria Carvalho¹;
Silvia Baptista da Silva¹; Marta Rodriguez²;
Fernanda Linhares¹; Fernando Salvador¹
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

Introdução: A cetoacidose diabética é uma complicação grave da diabetes mellitus, potencialmente ameaçadora da vida. Em cerca de 10% dos doentes a cetoacidose é euglicémica (CADEu), caracterizando-se por acidose metabólica, aumento da concentração de corpos cetónicos, com glicémias menores ou iguais a 250 mg/dl. O facto de surgir com hiperglicemias moderadas, pode levar ao atraso no diagnóstico e tratamento, com consequência potencialmente fatais.

Caso clínico: Homem de 60 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 (com história de introdução recente de dapagliflozina). Recorre ao Serviço de Urgência por episódio de lipotímia. Da anamnese realizada salientava-se referência a astenia, adinamia, náuseas e vômitos, disúria e diminuição do débito urinário, com uma evolução temporal de 48 horas. Negava sintomas respiratórios, cardíacos ou contexto epidemiológico relevante. Ao exame físico encontrava-se discretamente polipneico, desidratado, normotenso, taquicárdico, subfebril e com glicemia capilares de 232 mg/dl. Sem outros achados positivos ao exame físico. Gasimetricamente destacava-se acidemia metabólica com hiato iónico aumentado de 20,8 mEq/L. Analítica-

mente apresentava leucocitose ligeira à custa de neutrofila, com discreto agravamento da função renal, PCR discretamente aumentada, sumária de urina com nitritos positivos, cetonúria positiva e cetonemia elevada. Nesse contexto assumiu-se o diagnóstico de cetoacidose diabética euglicémica secundária a dapagliflozina, em doente com cistite aguda. Foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone, hidratação e insulina em perfusão. Suspende-se inibidor da SGLT2 e internou-se em Serviço de Observação. Durante internamento apresentou melhoria clínica e metabólica sob esquema intensivo de insulina. Urocultura colhida à admissão sem isolamento de agente. O doente teve alta ao 5º dia de internamento, com ajuste da terapêutica de ambulatório.

Conclusão: A CADEu é uma complicação potencialmente fatal, representando um desafio diagnóstico. Se num doente que se apresente com os critérios clássicos de cetoacidose o diagnóstico pode ser linear, num doente que se apresente euglicémico, o seu reconhecimento pode ser mais demorado. Com este caso clínico os autores pretendem reforçar a importância de um elevado índice de suspeição, em contexto de urgência, de cetoacidose diabética, nos doentes medicados com iSGLT2, pelo facto de esta ser frequentemente euglicémica.

PD 24

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III – CASO CLÍNICO

Joana Subtil; Ana Filipa Rebelo; Paulo Subtil
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Hospital de Vila Real*

Introdução: As síndromes poliglandulares autoimunes caracterizam-se por associações de duas ou mais doenças autoimunes (DAIS). A síndrome poliglandular autoimune (SPA) tipo

III caracteriza-se pela presença de doença autoimune da tireóide associada a outras DAIS, excluindo-se o envolvimento da glândula suprarrenal.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de doente diabético tipo 1 com 32 anos de evolução de doença que é diagnosticado com mais 3 DAIS 30 anos após o diagnóstico da primeira.

Métodos e resultados: Homem, 64 anos, DM tipo 1 com 32 anos de evolução, apresentando como complicações microvasculares retinopatia e neuropatia diabéticas, referenciada à consulta externa de Medicina/Diabetes em 2014 por mau controlo metabólico. Otimizado esquema intensivo de insulina com uma basal de insulina glargina e insulina aspártica a todas as refeições. Investigado em consulta, apresenta anticorpos anti-GAD65 (193,0), anti-ICA (12,91) e anti-insulina (1,5) todos positivos. Em 2019 doente exibe manchas acrómicas no mento, região cervical bilateral e coxofemoral direita, enviado a consulta de dermatologia e diagnosticado com Vitiligo. Na consulta de seguimento de 2020, apresenta em estudo analítico anemia macrocítica com défice de vitamina B12 (Hb 12,8, VGM 111fL, vitamina B12100). Realiza EDA mostrando uma pangastrite crónica. Anticorpos anti-célula parietal gástrica positivos (81,09), anti-fator intrínseco negativos. Diagnosticado com gastrite crónica autoimune, iniciou suplementação com vitamina B12 injetável mensal. Para despiste de outras DAIS colheu anticorpos tiroideus, apresentando anti-TPO positivo (462), anti-tiroglobulina e anti-receptor TSH negativos. TSH ligeiramente aumentada com T4 livre normal, apresenta um hipotiroidismo subclínico sem necessidade de suplementação, em vigilância. ACTH e cortisol normais despistando envolvimento da suprarrenal.

Conclusão: Este caso mostra um doente

diabético tipo 1 que foi diagnosticado adicionalmente com vitiligo, gastrite crónica autoimune e tiroidite crónica autoimune. Excluído envolvimento da glândula suprarrenal, apresenta-se um diagnóstico de um Síndrome Poliglandular tipo III. A diabetes mellitus tipo 1, por si só, representa um risco acrescido de desenvolver outras DAIS, sendo que estas podem ser diagnosticadas em fases pré-sintomáticas através da vigilância de autoanticorpos específicos, devendo o clínico estar atento mesmo na ausência de sintomas específicos.

PD 25

UM CASO BEM SUCEDIDO

Joana Lopo; João Nunes; Sónia Barros;
Ana Morgado; Ignacio Moreno
CHUA Faro

A diabetes mellitus (DM) tipo 2 é uma pandemia em crescimento atingindo cerca de 415 Mi. de pessoas no mundo. Em Portugal temos mais de 1 Mi. de indivíduos. Na sua forma descompensada, manifesta-se habitualmente por astenia progressiva e anorexia, poliúria, polidipsia e posteriormente pode evoluir para cetoacidose diabética, síndrome hiperglicémico hiperosmolar ou lactoacidose.

Em seguida apresentamos um caso de um homem de 56 anos, leucodérmico, acamado mas independente até há 1 mês. Desempregado de longa duração com antecedentes de pancreatite crónica de etiologia alcoólica, DM tipo 2 em tratamento com metformina e fumador. Recorre ao serviço de urgência por quadro arrastado de perda ponderal estimada em 25kg (23%) com 3 meses de evolução. Foi internado por quadro constitucional em estudo. Uma história clínica detalhada revelou que apesar da perda de peso, o doente não tinha anorexia, vómitos ou diarreia e mantinha hábitos alimentares completamente em

desacordo com a sua patologia (comia açúcar às colheres). Clinicamente, referiu ainda poliúria. Todos os exames da marcha diagnóstica vinham sem alterações que justificassem o quadro clínico e o foco da abordagem terapêutica passou a ser a diabetes já que no primeiro controlo analítico do internamento apresentou uma hemoglobina glicada de 21.5%. No decurso do internamento, dando ênfase à alimentação, ajuste das necessidades insulínicas e com a normalização das glicémias verificou-se que o doente não só teve um ganho ponderal como foi tendo uma evolução positiva no seu treino funcional. Ao dia de hoje é autónomo.

Os autores querem salientar a importância da história clínica para identificar condutas que desequilibram as doenças de base, como a diabetes, que vão muito para além das causas orgânicas. A diabetes, como patologia multisistémica que é, exige uma abordagem holística do paciente.

PD 26

PREVALÊNCIA E PERFIL DA DIABETES EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS (ERPI)

André Rodrigues; Andreia Comba; Elsa Ferreira; Fátima Silva; Helena Borracha; Joana Galvão; Márcia Costa; Mónica Aleixo; Nélida Tavares; Sabrina Sarmiento; Victória Perez
Residências Orpea

Introdução: O envelhecimento da população está ligado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, nomeadamente a diabetes mellitus (DM). Nas estruturas residenciais para idosos (ERPI) habitualmente encontram-se utentes mais dependentes e com mais comorbilidades. Estudo indicam prevalência em ERPI entre 14,5% e 21%. Segundo o último Relatório Anual do Observatório da Diabetes, a prevalência desta em utentes entre 60 e

79 anos é de 27% (16% diagnosticada).

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo fazer o retrato da DM em utentes residentes em ERPI, nomeadamente a sua prevalência e perfil (tipo de seguimento, fatores de risco, lesão de órgão alvo, hipo e hiperglicémias, e abordagem terapêutica).

Material e métodos: Estudo transversal retrospectivo. Foram analisados os processos clínicos (processo físico e informático – Resiplus®) de 9 ERPI's (494 residentes). Análise estatística efetuada com SPSS® versão 25.

Resultados e conclusões: 106 diabéticos, correspondendo a uma prevalência de 21,5%. 68,9% eram mulheres. A idade média era de 83,5 anos (DP \pm 7,8 anos). 37,7% apresentavam dependência total (Barthel Modificado < 20). 85,8% sem seguimento nos últimos dois anos (apenas com apoio do médico da ERPI). Todos apresentavam outros fatores de risco associados sendo os mais frequentes a HTA (83,9%), a dislipidemia (66,1%) e IMC > 25 (38,9%). Todos os casos correspondiam a DM Tipo 2. Relativamente à lesão de órgão alvo, as principais eram a insuficiência cardíaca (40,6%) e a doença renal diabética (35,8%). Quanto ao controlo glicémico, a HBA1C média foi de 6,7% (DP \pm 1,3%). Verificaram-se hipoglicémia nos últimos 3 meses em 11,3% dos utentes (a maioria destes insulino dependentes), sendo que foram detetados valores de glicémia > 200 mg/dL em 34,9% dos utentes. Quanto à terapêutica, 61,3% faziam apenas terapêutica oral, 16,1% faziam apenas terapêutica injetável e 12,2% faziam terapêutica combinada (oral e injetável). Por fármaco, os mais usados eram a metformina (51,9%) e os iDPP4 (37,7%).

Com este trabalho, concluímos que a prevalência de DM na amostra selecionada foi superior à literatura, provavelmente em contexto de idade avançada, dependência elevado e

comorbilidades. A grande maioria dos utentes não tem seguimento no MGF nem em contexto de consulta hospitalar, o que exige uma maior formação e atualização das equipas das ERPI, nomeadamente na abordagem de hipoglicémias e hiperglicémias.

PD 27

O IMPACTO DAS NOVAS CLASSES DE ANTIDIABÉTICOS ISGLT2 E AGLP1 – UM EXEMPLO NA PRÁTICA CLÍNICA REAL

Tânia F. Mendes; Bárbara Silva; João Frutuoso; Nuno André Sousa
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) associa-se a múltiplas complicações, sendo fulcral o bom controlo glicémico e das comorbilidades associadas. Surgiram 2 novas classes de fármacos – iSGLT2 e aGLP1 que se têm revelado muito promissoras na renoproteção, no controlo glicémico e do peso corporal (Pc).

Objetivo: Mostrar os efeitos do uso de iSGLT2 e aGLP1 na hemoglobina glicada (HbA1c), Pc e função renal em doentes com DM2, na prática clínica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo com análise dos 115 doentes seguidos na consulta hospitalar de Diabetes. Foram selecionados os que iniciaram aGLP1 ou iSGLT2 e que mantiveram seguimento durante 18 meses (n = 38). A média de idades foi de 64 anos (53% do sexo masculino). À data de início do fármaco, a HbA1c média era de 8,5% e a taxa de filtração glomerular (TFG) variava entre 45 e 200 mL/min/1,73m².

Destes doentes foram analisados os valores de HbA1c, TFG (equação Cockcroft-Gault) e Pc a cada 6 meses até aos 18 meses. Os dados foram analisados através do software SPSS statistics. A significância estatística (sig.) foi avaliada pelo teste de Wilcoxon – dados con-

siderados estatisticamente significativos se sig. < 0,05.

Resultados: Sob iSGLT2 - diminuição do Pc em média de 1,1Kg (sig. 0,263), diminuição da HbA1c em 0,8% (sig. 0,013) e diminuição da TFG em 3,48 mL/min/1,73m² (sig. 0,052). Sob aGLP1 – diminuição do Pc em média de 2,18Kg (sig. 0,042), diminuição da HbA1c em 1,2% (sig. 0,008) e diminuição da TFG em 4,14mL/min/1,73m² (sig. 0,790).

Nenhum doente iniciou hemodiálise durante o período analisado.

Conclusão: A evidência atual mostra efeitos benéficos de iSGLT2 e aGLP1 no Pc - redução média de 2-3Kg, sendo esta mais acentuada com aGLP1. Nesta amostra verificou-se diminuição no Pc em média de 2,18Kg com aGLP1.

Em relação à HbA1c pode esperar-se uma redução de 0,32-1,17% com iSGLT2 e de 0,7-1,7% com aGLP1. Nesta análise verificou-se uma redução média de 0,8% com iSGLT2 e 1,2% com aGLP1.

Estes resultados vão de encontro ao esperado. Estas classes têm mostrado efeitos renoprotetores - redução no risco de perda substancial da função renal e risco de diálise. Há uma redução expectável da TFG com a idade (pode ser de até 3ml/min/ano) e em doentes com DM2 (diminuição média de 0,5ml/min/mês), no entanto estes dados são difíceis de analisar, pois a progressão da nefropatia diabética depende do controlo metabólico, entre outros fatores.

Apesar de os resultados não terem sido estatisticamente significativos quanto à variação da TFG, mostram uma tendência protetora dos iSGLT2 e aGLP1, dado que a redução de TFG foi ligeiramente inferior à expectável pela idade e por se tratarem de doentes diabéticos. O facto de nenhum doente ter iniciado hemodiálise vai também de encontro ao efeito renoprotetor.

Este estudo mostra o impacto destes fármacos na prática clínica, comprovando os seus efeitos benéficos a vários níveis e a longo prazo.

POSTERS 28-32

17:15-18:15h

Moderadores: Dra. Conceição Escarigo e Dr. Nuno Cardoso

PD 28

DIABETES MELLITUS E COVID19, DUAS “PANDEMIAS”

Raquel Costeira; Joana Subtil; Elisa Macedo Brás; Cátia Canelas; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é uma doença prevalente na população portuguesa, associando-se um mau controlo metabólico a maior risco de intercorrências infecciosas. A esta “pandemia” já conhecida, veio juntar-se a pandemia COVID19, sendo a DM um fator de risco conhecido para evolução para doença grave na infeção SARS COV2.

Objetivo: Analisar a presença de associação entre DM e infeção bacteriana na infeção SARS COV2, com maior risco de infeção se mau controlo metabólico.

Material e métodos: Foi feita uma seleção aleatória de doentes internados entre Novembro de 2020 e Fevereiro de 2021, com diagnóstico de COVID19, 80 dos quais com DM. Foram excluídos doentes sem valor de HbA1C recente ou transferidos para outro centro. Analisaram-se as comorbilidades, terapêutica realizada, diagnóstico de DM, infeção SARS COV2 desenvolvida e evolução com infeção bacteriana e mortalidade. O estudo estatístico foi realizado com recurso ao SPSS.

Resultados: Foram selecionados 160 doentes,

com média de idades de 72.2 anos, 55% (n = 88) do sexo masculino e 45% (n = 72) do sexo feminino. A mediana da duração do internamento foi de 8 dias. Entre os doentes diabéticos (n = 80), 50% (n = 40) mostraram um bom controlo metabólico (HbA1C <7%). Dos doentes observados, 48.1% (n = 77) desenvolveram doença grave, 43.1% (n = 69) moderada, 7.5% (n = 12) ligeira e 1.3% (n = 2) assintomática. Cerca de 27 faleceram (16.9%). 45.6% dos doentes (n = 73) sofreram infeção bacteriana no internamento, sendo que em 30% (n = 48) esta foi sobreinfeção respiratória. Cerca de 13.1% (n = 21) dos doentes necessitou de admissão a unidade de cuidados intensivos. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de DM e infeção bacteriana (*p-value* 0.039), e sobreinfeção respiratória (*p-value* 0.016). Esta associação não foi encontrada, no entanto, entre DM e mortalidade (*p-value* 0.291) ou admissão aos cuidados intensivos (*p-value* 0.482). Não foi ainda encontrada associação estatisticamente significativa entre descontrolo metabólico e infeção bacteriana (*p-value* 0.501), admissão aos cuidados intensivos (*p-value* 0.210) ou mortalidade (*p-value* 0.576).

Conclusões: Pode-se concluir que os doentes COVID19 diabéticos têm maior risco de desenvolver infeção bacteriana. O mesmo não se verificou em relação ao mau controlo metabólico. Este resultado pode ter sido influenciado pelo facto do valor de HbA1C nem sempre ser representativo do controlo metabólico ou por fatores como lesões de órgão-alvo, gravidade da infeção SARS COV2 ou tamanho amostral. Mais estudos são necessários para avaliar esta relação.

PD 29

UMA PRÁTICA A ABANDONAR

Raquel Costeira; Mariana Moreira Azevedo; Ricardo Manuel Pereira; Cátia Canelas; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Introdução: A diabetes mellitus (DM) possui elevada prevalência na população portuguesa, sendo comum nas enfermarias de Medicina Interna. Eventos hiperglicémicos e hipoglicémicos em doentes hospitalizados estão associados a piores outcomes, com maior mortalidade. Frequentemente, o controlo metabólico destes doentes é feito com recurso a esquemas insulínicos.

Objetivo: Verificar se existe relação entre o esquema terapêutico sliding scale e a ocorrência de eventos hipoglicémicos.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de DM tipo 2 (prévio ou de novo), internados por patologia aguda aos cuidados da Medicina Interna no primeiro dia de cada mês, entre janeiro e maio de 2021. Foram colhidos e analisados dados sobre o esquema terapêutico, eventos hipoglicémicos e o seu contexto. O estudo estatístico foi efetuado com recurso ao SPSS.

Resultados: Foram selecionados 172 doentes com diabetes mellitus tipo 2, com mediana de idades de 78 anos, 42.4% ($n = 73$) do sexo masculino, 57.6% ($n = 99$) do sexo feminino. O esquema terapêutico mais praticado no internamento correspondeu ao sliding scale (45.3% dos doentes, $n = 78$), seguido da insulina basal com sliding scale (37.2% dos doentes, $n = 64$). 15.1% dos doentes ($n = 26$) tiveram hipoglicémias. 10.5% dos doentes ($n = 18$) faleceram no internamento. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a terapêutica com sliding scale e a ocorrência de eventos hipoglicé-

micos (p -value=0.000). Pelo contrário, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre os eventos hipoglicémicos e intercorrências infecciosas no internamento (p -value=0.274), mortalidade (p -value=0.738) ou necessidade de reinternamento ao fim de um mês (p value=1.00) ou três meses (p -value=0.531).

Conclusões: Ainda que seja prática frequente, segundo guidelines da ADA 2021, o esquema sliding scale encontra-se desaconselhado para controlo metabólico nos doentes internados com DM tipo 2. Esta análise demonstrou que continua a ser frequente o uso de esquemas insulínicos desadequados no internamento, com maior potencial de hipoglicémias com o uso específico do sliding scale. Ainda assim, fatores como a dieta, motivo de internamento ou sintomatologia do doente podem influenciar a ocorrência destes eventos e mais dados são necessários para avaliar esta relação. Reforça-se, contudo, a importância de uma terapêutica direcionada ao doente e às suas necessidades, com revisão e ajustes frequentes.

PD 30

DIABETES MELLITUS E COVID-19 – ANÁLISE DE UM CENTRO

Joana Subtil; Raquel Costeira; Rui Carvalho; Ana Filipa Rebelo; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica, com uma prevalência estimada em cerca de 10% na população portuguesa. Vários estudos demonstraram a associação entre esta doença e a gravidade de COVID19, tempo de hospitalização, necessidade de ventilação mecânica e mortalidade. **Objetivo:** Analisar a associação entre DM e a gravidade de doença COVID-19, a necessida-

de/modo de ventilação e a taxa de mortalidade de intra-hospitalar.

Material e métodos: Foi feita uma seleção aleatória de doentes internados no Hospital de Vila Real entre novembro de 2020 e fevereiro de 2021, com diagnóstico de COVID-19, 80 dos quais com diagnóstico de DM. Foram excluídos doentes sem valor recente de HbA1C. Foram analisados os dados demográficos, comorbilidades, infeção SARS-COV2 desenvolvida, necessidade de ventilação, terapêutica instituída e mortalidade. A análise estatística foi feita com recurso ao programa SPSS.

Resultados: Foram selecionados 160 doentes, com média de idades de 72 anos, KATZ médio de 4.9, 55% (n = 88) do sexo masculino e 45% (n = 72) do sexo feminino. O tempo médio de internamento foi de 10.6 dias, a taxa de mortalidade de 16.9% (n = 27).

Os 80 doentes com DM, apresentavam uma idade média de 74.7 anos. Destes, 21% apresentavam nefropatia diabética, 7.5% retinopatia, 2.5% neuropatia, 8.7% doença arterial periférica, 20% doença cardíaca isquémica e 12.5% doença vascular cerebral. Das restantes comorbilidades destaca-se a presença de obesidade em 37.5% e insuficiência cardíaca (IC) em 35%. Neste grupo, 8.6% apresentavam doença COVID-19 ligeira, 28.6% doença moderada, 62.5% doença grave. Em relação à ventilação, 5 doentes permaneceram em ar ambiente, 45 necessitaram de oxigenoterapia com cânulas nasais (CN), 4 com Máscara de Venturi (VM), 8 máscara de alto débito (MAD), 7 VNI, 9 oxigenoterapia nasal de alto fluxo (HFNO) e 2 ventilação mecânica invasiva (VMI). A taxa de mortalidade foi de 20%.

Os 80 doentes do grupo controlo (não diabéticos), apresentavam uma idade média de 70.1 anos. Como comorbilidades, 20% apresentavam obesidade, 17.5% IC, 7.5% DPOC e 7.5% neoplasia ativa. Em relação à gravidade da

doença COVID-19, 7.5% apresentaram doença ligeira, 58.6% moderada e 33.6% grave. Sobre a ventilação, 17 doentes permaneceram em ar ambiente, 40 necessitaram de CN, 7 VM, 5 MAD, 3 VNI, 7 HFNO e 1 VMI. A taxa de mortalidade foi de 13.7% (n = 11).

Foi demonstrada associação estatisticamente significativa entre DM e a gravidade de doença COVID-19 (*p-value* 0.001). Não foi, no entanto, verificada entre o diagnóstico de DM e a taxa de mortalidade (*p-value* 0.291), nem entre o diagnóstico de DM e o tipo de ventilação necessária (*p-value* 0.104).

Conclusões: Este estudo comprovou que existe associação entre DM e a gravidade de doença COVID-19, apesar de não ter demonstrado a sua associação com a taxa de mortalidade e necessidade de ventilação. Mais estudos com maior tamanho amostral são necessários para avaliar esta relação.

PD 31

DIABETES DESCOMPENSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

José Guilherme Assis; Joana Rua; Daniela Viana; Romeu Pires; Filipa Rebelo; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A abordagem da descompensação metabólica aguda em doentes com diabetes apresenta-se como uma condição frequente na admissão ao serviço de urgência (SU). Neste contexto, a cetoacidose diabética (CD), a síndrome hiperosmolar hiperglicémica (SHH) e a hipoglicemia constituem complicações potencialmente fatais, manifestando-se através de sinais e sintomas inespecíficos.

Este estudo retrospectivo analisou as admissões ao SU, relativas ao primeiro semestre de 2018, num centro hospitalar português constituído por 3 unidades hospitalares, incluindo 1 urgência geral e pediátrica, 1 urgência

médico-cirúrgica e 1 urgência básica. O objetivo principal centra-se na caracterização dos doentes admitidos por “hiperglicemia” e “hipoglicemia”.

A amostra incluiu 174 episódios, 80.5% por hiperglicemia (n = 140) e 19.5% por hipoglicemia (n = 34), com idade média de 68.1 ± 19.01 anos, sendo 57.5% do sexo feminino (n = 100), e observando-se, em média, 29 admissões por mês (mínimo 16, máximo 37). Em termos de orientação, 70.1% tiveram alta (n = 122), 27.6% foram internados (n = 48) e 2.3% abandonaram o SU (n = 4). Considerando o segundo grupo, 83.3% apresentou diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo 2 (n = 40) e 10.4% DM tipo 1 (n = 5) – cerca de 8 diagnósticos de novo (50% DM tipo 2, n = 4) – enquanto 6.3% revelou hipoglicemia de stress (n = 3). Considerando a terapêutica, 62.5% realizavam antidiabéticos orais e 39.6% insulina (n = 19). A manifestação clínica principal mais comum foi prostração (47.9%, n = 23) e vômitos (14.6%, n = 7) – outros sintomas incluíram confusão, tremor, poliúria, mal-estar, tremor e défice neurológico transitório – observando-se 3 doentes assintomáticos. Em termos de complicações, 21.6% dos casos de hiperglicemia internados apresentavam critérios de SHH (n = 8), enquanto 18.9% de CD (n = 7). A idade revelou estabelecer relação com o desenvolvimento de SHH (p = 0.02) e CD (p < 0.05). Globalmente, as causas de descompensação identificadas foram infeção (n = 22), insuficiência (n = 9) e incumprimento terapêutico (n = 5), iatrogenia (n = 2), corticoterapia (n = 1) e hemorragia digestiva (n = 1). A mortalidade relacionada com descompensação metabólica foi 2% (n = 1).

Esta revisão pretende sublinhar a relevância da identificação precoce de emergências metabólicas agudas. Neste contexto, o diagnóstico atempado, valorizando a idade como fator

de risco para complicações, poderá promover o tratamento precoce e adequado.

PD 32

A DIABETES EM TEMPO DE PANDEMIA – ANÁLISE DE UMA CONSULTA

Andreia Brito; Jorge Nepomuceno
Centro Hospitalar do Médio Tejo

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica com elevada prevalência, afetando cerca de 13,4% da população portuguesa. A obesidade e o excesso de peso estão habitualmente associados a esta doença e a pandemia por SARS CoV2 veio trazer alterações no estilo de vida nomeadamente o confinamento e menor período de exercício físico.

Objetivo: Analisar os doentes seguidos em consulta de diabetes entre 2019 e final de 2020 e verificar se houver alterações significativas tanto na hemoglobina glicada como no índice de massa corporal (IMC).

Métodos: Estudo retrospectivo observacional, incluindo a amostra de uma consulta de diabetologia Hospitalar nos anos 2019 e em ano pandémico 2020. Avaliadas diferentes características antropométricas e dados clínicos.

Resultados: Dos 152 doentes observados 45.39% eram mulheres e 54.61% eram homens com idade média 65.33 anos. A idade mínima era 24 anos e a máxima 90 anos. No ano de 2019 a hemoglobina glicada média foi 7.61%, com glicada mínima foi 5,2% e a glicada máxima 11.2%. No ano de 2020 a glicada média foi 7.65%, a mínima foi 5.2% e a máxima 14%. Relativamente ao peso dos doentes 2019 foi 80.36 Kg e em 2020 foi 80.95 Kg com um aumento médio de 0.59 Kg. O doente com peso mais elevado em 2019 tinha 130 Kg e em 2020 128 Kg. O IMC médio em 2019 foi 30.08 Kg/m² e em 2020 foi 30.03 Kg/m². O doente com maior IMC em 2019 (48.04 Kg/m²) tinha uma hemoglobina

glicada 9.1% e o doente com IMC mais elevado em 2020 (44.58 Kg/m²) tinha uma hemoglobina glicada 9.7%.

Conclusão: No geral pode observar-se um aumento da hemoglobina glicada média em 2020 relativamente a 2019 e aumento do peso médio. Relativamente ao IMC houve uma ligeira diminuição que se deve a alguns doentes que perderam bastante peso e se refletiu numa alteração significativa do IMC. Tendo em conta que 2020 foi o primeiro ano de pandemia em que houve redução da atividade da população geral e necessidade de confinamento este aumento da hemoglobina glicada e de peso pode ser a reflexo da pandemia por SARS CoV2.

Organização



Patrocínio Científico



Presidente de Honra

Augusto Duarte

Presidentes da Reunião

Mário Esteves

Zélia Lopes

Comissão Organizadora

Ana Pacheco

Francisco Bento Soares

Inês Ferreira

Isabel Freitas

Jorge Salomão

Marina Mendes

Marta Dalila Martins

Tatiana Salazar

Violeta Vazquez

Comissão Científica

Alda Jordão

Álvaro Coelho

Augusto Duarte

Conceição Escarigo

Edite Nascimento

Estevão Pape

Isabel Lavadinho

Joana Louro

Jorge Caldeira

Lêlita Santos

Lindora Pires

Luís Andrade

Margarida Bigotte

Mari Mesquita

Mário Esteves

Mónica Reis

Nuno Bernardino Vieira

Paulo Subtil

Pintão Antunes

Rita Nortadas

Rita Paulos

Sobrinho Simões

Susana Heitor

Zélia Lopes

Major Sponsors



Sponsors



Apoios



Secretariado

admedic+ paula.cordeiro@admedic.pt