

# 2<sup>as</sup> Jornadas de Endocrinologia e Diabetes de Braga 2019

11 e 12 de outubro de 2019  
Hotel Meliã Braga



Imagem: Ad Médic

## Programa Científico



Versão digital

Consulte aqui o programa  
e aceda aos resumos

# Programa Científico

## 11 de outubro • Sexta-feira

07:30h Abertura do Secretariado

### 08:30-10:30h Cursos Práticos (com avaliação)

Destinado a Médicos

CURSO I: **Insulinoterapia e análogos de GLP-1 na diabetes mellitus tipo 2**

*Formadoras:* Selma Souto e Mariana Barbosa



Destinado a Médicos e Enfermeiros

CURSO II: **Entrevista motivacional no doente crónico**

*Formadora:* Ana Covinhas

*Moderadoras:* Olinda Marques e Sofia Alves

Destinado a Enfermeiros

CURSO III: **Pé Diabético**

*Coordenadoras:* Maria Joana Santos e Sílvia Paredes

10:30-11:00h Intervalo para café

11:00-12:30h

Destinado a Enfermeiros

CURSO IV: **Insulinoterapia e análogos de GLP-1 na Diabetes mellitus tipo 2**

*Coordenadora:* Maria Lopes Pereira

*Formadoras:* Maria do Carmo Tinoco e Cidália Abreu



11:00-12:30h

**Sessão de Casos Clínicos (com televoto)**

*Moderadores:* Cristina Ramos e Albino Martins

11:00-11:30h

**Hirsutismo**

Inês Barros e Ana Margarida Monteiro

11:30-12:00h

**Ginecomastia**

Mariana Barbosa e Vera Fernandes

12:00-12:30h

**Hipertrigliceridemia**

Sara Lopes e Marta Alves

12:30-13:00h

**Simpósio: ERTUGLIFLOZINA: UM NOVO E POTENTE iSGLT2**

*Moderadora:* Olinda Marques

*Palestrante:* Selma Souto



13:00-14:15h Almoço

14:15-14:45h **Sessão de Abertura**

14:45-15:05h **Conferência: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA OBESIDADE - O PAPEL DO LIRAGLUTIDO 3,0 MG**  
*Moderadora:* Selma Souto  
*Palestrante:* Ana Catarina Matos



15:05-15:35h **Simpósio: CANAGLIFLOZINA UMA VISÃO 360 – CUIDAR DOS RINS PARA PROTEGER O CORAÇÃO**  
*Moderadora:* Ana Margarida Monteiro  
*Palestrante:* Daniel Braga



15:35-16:00h Intervalo para café

16:00-17:30h **Mesa-Redonda: O QUE TODOS PRECISAMOS DE SABER SOBRE...**  
*Moderadores:* Ana Sousa, Marta Alves e Rui Macedo

16:00-16:20h **“Diabetes tipo?”**  
Maria Joana Santos

16:20-16:40h **Novas tecnologias na diabetes**  
Sofia Teixeira

16:40-17:00h **Osteoporose**  
Ana Paula Barbosa

17:00-17:20h **Vitamina D**  
Cláudia Nogueira

17:20-17:30h **Painel de discussão**  
André Fernandes e Isabel Palma

17:30-18:30h **Visita aos Posters**

**Medicina Geral e Familiar**

*Júri:* Luís Pedro Caldeira, Olinda Marques e Raul Borges

**Endocrinologia**

*Júri:* Leonilde Coelho, Rosa Príncipe e Gustavo Rocha

# 12 de outubro • Sábado

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-10:30h **Cursos Práticos (com avaliação)**

Destinado a Médicos

CURSO V: **Insulinoterapia e análogos de GLP-1 na diabetes mellitus tipo 2**

*Formadoras:* Marta Alves e Inês Barros



Destinado a Médicos

CURSO VI: **Patologia da tiróide**

*Formadoras:* Ana Margarida Monteiro e Vera Fernandes

*Moderadores:* Olinda Marques e Ricardo Pereira

**Patologia nodular da tireoide**

**Carcinoma diferenciado da tiróide (seguimento nos CSP)**

10:30-11:00h Intervalo para café

11:00-11:30h

**Simpósio: ALVOS E TERAPÊUTICAS NA DISLIPIDEMIA DO DOENTE DIABÉTICO**

*Moderadora:* Cláudia Matta-Coelho

*Palestrante:* Selma Souto



11:30-12:30h

**Mesa-Redonda: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

*Moderadoras:* Ana Catarina Matos e Maria Joana Santos

11:30-11:50h

**Tratamento da diabetes no doente idoso**

Cláudia Matta-Coelho

11:50-12:10h

**Tratamento da diabetes no doente com doença cardiovascular**

Liliana Costa

Patrocínio:



12:10-12:30h

**Discussão**

12:30-13:00h

**Entrega dos Prémios e Sessão de Encerramento**

## ÁREA DE ENDOCRINOLOGIA

### P 01

#### DM TIPO 2 – SEGUIMENTO DE UM GRUPO DE UTENTES EM CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Carina Peixoto Ferreira<sup>1</sup>; Joana Afonso<sup>2</sup>; Marta Alves<sup>3</sup>; Selma Souto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Interna de Formação Específica na USF do Minho, ACeS Cávado; <sup>1-2</sup>Interna de Formação Específica na USF do Braga Norte, ACeS Cávado; <sup>1-3</sup>Médico Especialista em Endocrinologia, Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga

**Introdução:** A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) é uma doença crónica, complexa que requer cuidado médico contínuo. A sua abordagem inclui estratégias multifatoriais e multidisciplinares, assim como, alterações terapêuticas constantes ao longo da sua evolução. A Medicina Geral e Familiar, como primeiro ponto de contacto do utente com o Serviço Nacional de Saúde, encontra-se na linha da frente na prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento do utente com DM tipo 2. Contudo, existem utentes que necessitam de ser referenciados para os cuidados de saúde secundários, nomeadamente à consulta de Endocrinologia.

**Objetivo principal:** caracterizar um grupo de utentes com DM tipo 2, seguidos em consulta de Endocrinologia.

**Objetivos Específicos:** 1. Descrever a amostra no que concerne à HgA1C e terapia farmacológica, na admissão, nas consultas de reavaliação e no momento da alta. 2. Determinar o intervalo de tempo entre consultas. 3. Determinar o tempo médio de seguimento.

**Materiais e métodos:** Estudo descritivo retrospectivo. Amostra de conveniência, cons-

tituída por todos os utentes seguidos numa consulta de endocrinologia no hospital de Braga, com diagnóstico de DM tipo 2 e com primeira consulta no ano de 2016 e 2017. Os dados foram obtidos por consulta do processo clínico no programa Glint®.

**Resultados e conclusões:** Amostra de 114 doentes, dos quais 52,6% do sexo masculino e 47,4% do sexo feminino, com idade média global de 70 anos (DP  $\pm$  11). Os utentes foram seguidos nesta consulta, em média, durante um período de 8 meses (DP  $\pm$  7). Contudo, a maioria (60%) teve alta após um seguimento de apenas 5 meses. Uma percentagem significativa de utentes (19%) foi referenciada a esta consulta com valores de HgA1C considerados ótimos (<7%); no entanto, 31% foram referenciados com valores de superiores a 9%. No que toca à terapia farmacológica, a maioria dos utentes encontrava-se medicada com metformina, inibidores do cotransportador 2 de sódio-glicose (iDPP4) e insulina basal. Nenhum dos utentes se encontrava medicado com agonistas do recetor peptídeo glucagon-like 1 (aGLP1) e menos de 1% fazia terapia com iSGLT2. No momento da alta verificou-se um aumento da percentagem de utentes a fazer insulina rápida assim como aGLP1 e iSGLT2. O seguimento destes utentes em consulta hospitalar foi importante para otimizar a terapêutica e alcançar os objetivos terapêuticos, o que se mostrou pela diminuição do valor médio de HgA1C de 8,4% na primeira consulta para 6,9% no momento da alta.

## P 02

### ONDE SÃO SEGUIDOS OS DOENTES HOSPITALIZADOS POR HIPOGLICEMIA EM PORTUGAL? RESULTADOS DO ESTUDO HIPOS-WARD

João Pelicano-Romano<sup>1</sup>; Lèlita Santos<sup>2</sup>;  
Jorge Doreis<sup>3</sup>; Francisco Araújo<sup>4</sup>; Sílvia Alão<sup>1</sup>;  
João Conceição<sup>5</sup>; Paula M de Jesus<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MSD, Paço de Arcos, Portugal; <sup>2</sup>CHUC, Coimbra, Portugal; <sup>3</sup>CHUP, Porto, Portugal; <sup>4</sup>HBA, Loures, Portugal; <sup>5</sup>MSD international GmbH, Singapore branch, Singapore

**Introdução:** Na vigilância da pessoa com diabetes é fundamental a sua vinculação a profissionais de saúde capacitados para o efeito, sendo o seu seguimento habitualmente feito a nível dos cuidados de saúde primários mas também pelos cuidados de saúde secundários, tanto públicos como privados, sobretudo quando existem outras comorbilidades ou complicações associadas.

**Objetivos:** Identificar em que nível de cuidados e que por especialidade médica são habitualmente acompanhadas as pessoas com diabetes hospitalizadas por hipoglicemia, em Portugal.

**Material e métodos:** Análise observacional, transversal e multicêntrica do estudo Hipoglicemia em Portugal – Doentes Hospitalizados (HIPOS-WARD) em doentes adultos com diabetes mellitus (DM) tratados com agentes anti-hiperglicemiantes e hospitalizados por hipoglicemia. Participaram 15 unidades de medicina interna e 3 de endocrinologia de 16 hospitais, que incluíram doentes entre novembro de 2016 e agosto de 2018.

**Resultados e conclusões:** Foram identificados 176 doentes, dos quais 86% tinham DMT2 e 10% DMT1. Antes do episódio de hipoglicémia, 111 doentes (63,1%) eram habitualmente seguidos pela especialidade de MGF, 45 (25,6%) em consultas externas hospitalares de diabetes/endocrinologia, 7 (4,0%) em consultas privadas destas especialidades,

11 (6,3%) por outras especialidades médicas (para além de MGF, endocrinologia e medicina interna) e 2 (1,1%) não reportaram acompanhamento médico. Agrupando os resultados em MGF e outras especialidades médicas (n = 63), a primeira acompanhava mais doentes do sexo feminino (p = 0,011), mais idosos (idade ≥ 75 anos, p = 0,002) e maior número de doentes institucionalizados (p < 0,001). Os doentes vigiados em MGF apresentavam também valores de HbA1c mais baixos (<7%, p < 0,001), IMC mais elevado (≥ 25 kg/m<sup>2</sup>, p = 0,037), e uma menor autogestão da diabetes (p = 0,038).

Estes resultados permitem uma melhor caracterização de como é feito o acompanhamento das pessoas com diabetes hospitalizadas por hipoglicemia, permitindo uma melhor adequação dos programas educacionais bem como de vigilância, de forma a potenciar melhores resultados em saúde.

## P 03

### DOENÇA DE ADDISON – UMA ETIOLOGIA RARA PARA EPISÓDIOS DE VÓMITO

Daniela Sousa Coelho; Patrícia Pinto Carvalho;  
Júlia Costa; Mafalda Moreira; Diana Alba;  
Ana Garrido; Mariana Martinho;  
Ana Catarina Chaves; Carla Brandão  
*Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Serviço de Urgência, Serviço de Pediatria e Serviço de Endocrinologia, Penafiel*

**Enquadramento:** Na consulta aberta (CA) ou em contexto de serviço de urgência (SU), perante um quadro de vômitos pensa-se, muitas vezes, nas etiologias mais frequentes.

Das etiologias menos frequentes, destaca-se a insuficiência adrenal. Trata-se de um diagnóstico raro em idade pediátrica e pode ser fatal se não for diagnosticado e tratado atempadamente. Efetivamente, a sua forma de apresentação inclui sintomas gastrointestinais, constitucionais, hiperpigmentação cutânea e hiponatremia. O tratamento passa

pela reposição hormonal durante toda a vida. **Descrição do caso:** Sexo feminino, 16 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes. Dos antecedentes familiares destaca-se o facto de ter um irmão com Doença de Addison.

Durante cerca de 1 mês, a jovem recorreu à CA e ao SU pediátrico por um quadro arrastado de vômitos, astenia e perda de peso (aproximadamente 10Kg em 1 mês), sem sinais de desidratação. Perante esta evolução arrastada e conhecimento da história familiar da utente, nos cuidados de saúde primários foi solicitado estudo analítico com ionograma e doseamento de cortisol. Neste estudo inicial, foram objetivadas hiponatremia, hipercalemia, hipoclorémia e níveis de cortisol reduzidos - a utente foi encaminhada ao SU onde se apresentou com pressão arterial abaixo do percentil 5. Quando ativamente questionados, a utente e os familiares referiram o surgimento de hiperpigmentação cutânea.

Em contexto de serviço de urgência e posterior internamento foi iniciado tratamento com hidrocortisona e fludrocortisona com evolução favorável uma vez que o estudo adicional mostrou ainda níveis aumentados de corticotropina e renina e níveis baixos de aldosterona.

**Discussão:** A apresentação da doença sob a forma de um sintoma inespecífico como os vômitos dificulta, muitas vezes, o diagnóstico. O facto da utente ter sido observada em contexto de consulta aberta e serviço de urgência por médicos diferentes do seu médico assistente poderia também ter contribuído para o atraso no diagnóstico. Neste caso em análise, como em muitos no dia-a-dia, foi importante o acesso ao historial clínico pessoal (repetida recorrência aos cuidados de saúde) e familiar (irmão com doença de Addison) para que se pudesse desenvolver um elevado nível de suspeição e tivesse sido solicitado o estudo analítico

que confirmou o diagnóstico. Na prática clínica, cabe muitas vezes ao médico de família este papel de integração de diversas informações e posterior orientação dos utentes.

## **P 04**

### **SÍNDROME DE CUSHING COMO ETIOLOGIA DE HIRSUTISMO**

Inês Ferreira Barros; Ana Margarida Monteiro  
*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*

**Introdução:** Hirsutismo define-se por excesso de pêlo terminal de distribuição androgénica. Afecta 5 a 10% das mulheres pré-menopausadas. Por vezes, é o único sinal de hiperandrogenismo. Destacam-se como principais etiologias síndrome de ovário poliúístico e hiperplasia adrenal congénita não clássica, mas também pode resultar de tumores produtores de androgénios, hipertecose ovárica, síndrome de Cushing, acromegalia, hiperprolactinemia, hipotireoidismo ou fármacos androgénicos.

**Caso:** Mulher de 21 anos recorreu ao médico de família por hirsutismo. Associadamente referia queda de cabelo, aumento de peso, cansaço, aumento do apetite, tristeza e irritabilidade. O estudo inicial revelou função tiroideia e testosterona total dentro dos valores de referência. Realizou ecografia pélvica e tiroideia, sem alterações. Por agravamento clínico recorreu a consulta de Endocrinologia em 03/2018. Quando questionada, referia aumento da pilosidade em todo o corpo, face mais redonda, rubor facial, deposição de gordura supraclavicular e cervico-dorsal, perda de massa muscular, fraqueza proximal, estrias violáceas nos braços e abdómen, perda de libido e infecções fungicas genitais recorrentes. Negava irregularidades menstruais previamente à colocação de anel vaginal. A cortisolemia nas 24 horas estava elevada e o doseamento de ACTH era <5 pg/mL (<46 pg/mL). A prova de supressão nocturna com 1mg de

dexametasona foi confirmatória, com cortisol de 15.5 mg/dL. Foi solicitada TC supra-renal: “Na glândula suprarrenal direita observa-se um nódulo hipodenso de contorno regular e bem definido, 18 mm de diâmetro.” A RM supra-renal de 06/2018 confirmou “Nódulo na supra-renal direita com 16 mm, sem características de sinal típicas de adenoma.” O doseamento de metanefrinas urinárias permitiu excluir feocromocitoma e orientar a doente para Cirurgia Geral. Por agravamento clínico foi medicada com metirapona até à cirurgia. A adrenalectomia direita via laparoscópica ocorreu a 26/12/2018. A peça cirúrgica era composta da glândula supra-renal com nódulo de 2.0x1.5x1.5 cm e a análise histológica foi diagnóstica de adenoma do córtex supra-renal. Foi suspensa a metirapona e iniciou terapêutica substitutiva com hidrocortisona. Após a cirurgia, verificou-se melhoria clínica.

**Conclusão:** Perante uma mulher em idade fértil com queixas de hirsutismo é importante considerar todas as possíveis etiologias. A história clínica e o exame físico revelam-se de particular importância na orientação diagnóstica.

## P 05

### **OSTEOPOROSE SECUNDÁRIA A HIPOGONADISMO E IMC BAIXO NUM DOENTE PORTADOR DE TRISSOMIA 10Q**

Sara Correia; Patrícia Tavares; Gustavo Melo Rocha; Lúcia Almeida; Helena Alves; Catarina Machado; Maria João Oliveira

*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** A trissomia 10q é uma síndrome genética rara que origina um padrão de malformações. O hipogonadismo e o baixo índice de massa corporal podem estar presentes e constituir fatores de risco para o desenvolvimento de osteoporose.

**Objectivo:** Descrição de um caso com trissomia 10q com osteoporose.

**Caso clínico:** Homem, 27 anos com diagnósti-

co de trissomia 10q ao nascimento e dismorfias faciais, atraso do desenvolvimento e linguagem, totalmente dependente de terceiros, referenciado à consulta de Endocrinologia por osteoporose. Por disfagia, alimentava-se apenas de papas. Medicado com carbonato de cálcio + colecalciferol 1500 mg + 400 UI/dia. Ao exame objectivo: peso 16Kg, IMC-11,7Kg/m<sup>2</sup>, testículos atroficos, sem pêlos no corpo, sem ginecomastia ou galactorreia. Tiróide palpável, sem nódulos. Analiticamente: cálcio, fósforo, vitamina D, fosfatase alcalina, PTH normais, testosterona livre 0,3 pg/mL (8,9-42,5), testosterona total < 0,03ng/mL (2,8-8), SHBG 118 nmol/L (10-80), LH 0,10 mUI/mL (1,7-8,6), FSH 0,77 mUI/mL (1,5-12,4) e estradiol < 5ng/mL. Doseamento das restantes hormonas da hipófise anterior dentro dos valores de referência. Estudo do ferro normal. Densitometria óssea com critérios de osteoporose (Z score = -5,5) a nível da coluna lombar. Ecografia escrotal: testículos atroficos localizados junto ao orifício interno dos canais inguinais. Dada limitação na colaboração, não realizou ressonância da hipófise ou cintigrafia óssea. Perante os níveis diminuídos de testosterona e das gonadotrofinas e simultaneamente a presença de criptorquidia, estabeleceu-se o diagnóstico de osteoporose secundária a hipogonadismo. A desnutrição poderá ser a explicação para os níveis diminuídos de gonadotrofinas. Iniciou undecanoato de testosterona 250 mg/mL (1/5 da ampola mensal) com normalização da testosterona, contudo doente muito agitado e febril, aquando da administração, pelo que foi suspensa. Dado risco de transferência da formulação em gel para a progenitora que o transporta frequentemente ao seu colo, decidido não realizar reposição. Mantém suplementação com cálcio e seguimento em Nutrição.

**Conclusão:** Perante o diagnóstico de osteoporose masculina, é essencial a realização

de um estudo detalhado para excluir causas identificáveis e reversíveis e a adoção de medidas de prevenção precoces que atrassem a perda de densidade mineral óssea. O risco-benefício nesta situação, levou a optar por não realizar reposição com testosterona. O doente já ultrapassou a sua expectativa de vida, resta-nos dar-lhe a melhor qualidade.

## P 06

### **HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO E A IMPORTÂNCIA DO CATETERISMO DAS VEIAS SUPRA-RENAIS**

Sara Correia; Gustavo Melo Rocha; Lúcia Almeida; Helena Alves; Catarina Machado; Maria João Oliveira  
*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** O hiperaldosteronismo primário (HAP) caracteriza-se pela produção inapropriada e autónoma de aldosterona face ao sistema renina-angiotensina e corresponde à forma secundária de hipertensão arterial (HTA) mais prevalente. As duas principais etiologias são a hiperplasia adrenal bilateral e o adeno- ma produtor de aldosterona.

**Objetivo:** Descrição de um caso com HTA de difícil controlo secundária a HAP com diagnóstico tardio.

**Caso clínico:** Mulher, 53 anos, antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e HTA, referenciada à consulta de Endocrinologia por obesidade de grau 3. Apresentava HTA de difícil controlo diagnosticada há 11 anos e apesar da terapêutica quadrúpla (maleato de enalapril/cloridrato de lercanidipina 20/20 mg e nebivolol/hidroclorotiazida 5mg/2,5mg), mantinha o mau controlo tensional. Antecedentes de incumprimento terapêutico, que presentemente negava. Sem hábitos tabágicos ou alcóolicos. Desconhecia história familiar de HTA. Ao exame objectivo: TA 189/103 mmHg, FC 81 bpm, Peso 149 Kg, IMC 56.1 Kg/m<sup>2</sup>. Obesidade generalizada, sem fenótipo característico. Analiticamente, função renal

e ionograma normais e rácio aldosterona/actividade da renina plasmática elevado. Cortisolúria, catecolaminas e metanefrinas fraccionadas urinárias normais. Electrocardiograma sem alterações. Ecocardiograma revelou dilatação ligeira da aurícula esquerda. Microalbuminúria 32 mg/24h. Durante o estudo, suspendeu os fármacos anti-hipertensores habituais 4 semanas antes e sob verapamil 120mg e doxazosina 4mg, efetuou a prova de captopril 50 mg, sem supressão da aldosterona aos 60 minutos:183pg/mL, confirmando o diagnóstico de HAP primário. A tomografia computadorizada abdominal não revelou alterações das supra-renais. Foi submetida a cateterismo das veias supra-renais, sob perfusão de corticotrofina, que confirmou a hipersecreção bilateral, sem critérios de lateralização, estabelecendo-se assim o diagnóstico de hiperplasia adrenal bilateral. Iniciou irbesartan 150mg/dia e espironolactona 100 mg e quatro semanas após, a doente está clinicamente bem, com controlo tensional adequado (TA 138/63mmHg).

**Conclusão:** O caso apresentado tem particular relevância, uma vez que pretende destacar a principal causa de hipertensão secundária cujo diagnóstico é maioritariamente tardio, assim como o papel fundamental do cateterismo das veias supra-renais na classificação do subtipo de HAP e na decisão clínica, que embora já preconizado nas guidelines permanece subutilizado.

## P 07

### **QUANDO A TÍRÓIDE NOS CONFUNDE**

Vânia Benido Silva<sup>1</sup>; Maria Teresa Pereira<sup>1</sup>; Maria Helena Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Endocrinologia e Nutrição  
- Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introdução:** A elevada prevalência de patologia da tiróide torna a avaliação laboratorial da função tiroideia muito frequente na prática clínica. Contudo, a interpretação dos achados

analíticos deverá ser sempre realizada à luz da clínica, exame físico e restantes exames complementares de diagnóstico.

**Caso Clínico 1:** Mulher, 66 anos, antecedentes de HTA, referenciada à consulta de Endocrinologia por nódulo com 28mm no lobo direito (LD) da tiróide (EUTIRADS-3), hiperfuncionante na cintigrafia tiroideia (Tc-99m). Sem queixas sugestivas de disfunção tiroideia; analiticamente apresentava, em doseamentos repetidos, T4 livre abaixo do limite inferior da normalidade e TSH inapropriadamente normal a sugerir hipotiroidismo secundário [TSH 0.84uUI/mL (N:0.27-4.2); T4L 0.8ng/dL (N:0.93-1.7)]. O estudo da auto-imunidade tiroideia foi negativo. A base hipofisária era normal.

**Caso Clínico 2:** Mulher, 48 anos, antecedentes de depressão, dislipidemia, e hipotiroidismo suplementado com levotiroxina sódica (LT) 50ug/dia. Referenciada à consulta de Endocrinologia por nódulos tiroideus. Analiticamente apresentava TSH 0.07uUI/mL (N:0.27-4.2); T4L 1.15ng/dL (N:0.93-1.7)]. Na reavaliação analítica após suspensão de LT apresentava, em doseamentos repetidos, T4 livre abaixo do limite inferior da normalidade e TSH inapropriadamente baixa a sugerir hipotiroidismo secundário (TSH 0.02uUI/mL (N:0.30-3.94), T4L 0.88ng/dL (N:0.95-1.57), T3L 3.45pg/mL (N:2.42-4.36). A ecografia tiroideia documentou 2 nódulos no LD (5/10mm) e 2 nódulos no LE (25/27mm), sendo o de maior dimensões hiperfuncionante na cintigrafia tiroideia (Tc99m). A base hipofisária era normal. A RM hipofisária não apresentou alterações.

Tendo em conta o diagnóstico de adenoma tóxico da tiróide, serão ambas propostas para terapêutica definitiva com iodo radioativo.

**Discussão:** Os 2 casos mostram como os resultados analíticos da função tiroideia podem ser confundidores. Confirmou-se doença primária da tiróide (nódulos hiperfuncionantes com supressão da restante glândula) mas

analiticamente o perfil hormonal sugeria hipotiroidismo secundário. Na ausência de iatrogenia subjacente e tendo sido excluída patologia hipofisária, esta discrepância de resultados poderá resultar de artefactos laboratoriais, alterações nas proteínas de ligação das hormonas tiroideias ou variabilidade interpessoal dos valores basais de T4L. A integração de toda a informação clínica, analítica e imagiológica é essencial para um correto diagnóstico.

## P 08

### DIABETES MELLITUS TIPO 2:

#### – EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE TERAPÊUTICA EDUCACIONAL DA DIABETES (CTED)

Liliana Fonseca; Sílvia Paredes;

Márcia Fátima Vasconcelos; Diana Borges Duarte;

Tiago Santos; Catarina Alves Pereira; Lia Ferreira;

Helena Neto; Rosa Guimarães; Fernando Pichel;

Sara Pinto; Inês Carvalho; Isabel Palma

*1Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar*

*e Universitário do Porto; 2Faculdade de Medicina*

*do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;*

*3Serviço de Endocrinologia de Braga; 4Serviço de*

*Nutrição do Centro Hospitalar e Universitário do*

*Porto; 5Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar e*

*Universitário do Porto*

**Introdução:** A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica complexa, que atinge cerca de 8,3% da população mundial, sendo a doença aterosclerótica a principal causa de morbimortalidade destes doentes. Apesar do benefício comprovado do controlo glicémico, tensional e lipídico na redução das complicações crónicas da diabetes, apenas uma minoria dos doentes atinge os alvos terapêuticos recomendados.

**Objetivos:** Avaliação do risco vascular e percentagem dos doentes com colesterol-LDL (c-LDL) dentro do alvo terapêutico de acordo com as *guidelines* da *European Society of Cardiology* (ESC) de 2016 e 2019. Avaliação

do impacto da intervenção da Consulta de Terapêutica Educacional da Diabetes (CTED) no controlo glicémico. Fatores preditores de resposta à intervenção multidisciplinar.

**Métodos:** Estudo de coorte observacional retrospectivo que incluiu os doentes com DM tipo 2 avaliados na CTED entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018. Os doentes com 2 ou mais faltas no total das 4 sessões foram excluídos.

**Resultados:** Do total de 388 doentes avaliados, foram incluídos 315 com uma idade média de  $59,2 \pm 9,6$  anos, 54% (n=170) do sexo masculino, com uma duração mediana da DM de 10 anos (P25-P75: 4 -17 anos). À data da referenciação apresentavam uma HbA1c média de  $8,4\% \pm 1,8$ , assim como uma elevada prevalência de fatores de risco vascular: 81,8% (n=256) tinham excesso de peso ou obesidade, 73,7% (n=232) dislipidemia, 71,7% (n=226) hipertensão arterial e 63,5% (n=197) sedentarismo. Apenas 27,6% (n=87) dos doentes atingiam o alvo terapêutico para o c-LDL recomendado pelas guidelines da ESC 2016 e quando aplicado o novo alvo terapêutico para o c-LDL recomendado pelas guidelines da ESC 2019 a percentagem de doentes com LDL no alvo diminuiu para 16,3% (n=50). Verificou-se uma diminuição média de HbA1c de  $0,97 \pm 1,59\%$  entre o valor da primeira e da última sessão. Uma HbA1c inicial mais elevada e a presença de complicações microvasculares foram preditores de pior resposta no fim da intervenção.

**Conclusões:** Houve uma melhoria significativa no controlo glicémico dos doentes. A CTED é uma intervenção multidisciplinar eficaz, apresentando maior benefício em doentes com DM tipo 2, numa fase inicial da doença, na qual ainda não estão estabelecidas complicações microvasculares. Verificamos ainda que estes doentes apresentam um elevado risco vascular, reforçando a importância de uma atitude mais interventiva visando a otimização do perfil lipídico.

## P 09

### CAUSA RARA DE APOPLEXIA HIPOFISÁRIA – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Mariana Barbosa<sup>1</sup>; Sílvia Paredes<sup>1</sup>;  
Maria João Machado<sup>2</sup>; Rui Almeida<sup>2,3</sup>;  
Oliinda Marques<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Endocrinologia do Hospital de Braga,

<sup>2</sup>Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Braga,

<sup>3</sup>Consulta de Grupo Hipófise do Hospital de Braga

**Introdução:** A apoplexia hipofisária constitui uma síndrome clínica grave e potencialmente fatal associada a hemorragia e/ou isquemia da glândula hipofisária, geralmente intra-tumoral. Os agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) são fármacos atualmente utilizados no tratamento do cancro da próstata avançado, podendo ser causa rara de apoplexia hipofisária.

**Caso clínico:** Homem, 69 anos, com macroadenoma hipofisário conhecido desde 2016 (incidentaloma) sem estudo dirigido. Diagnosticado adenocarcinoma da próstata em 2017, submetido a prostatectomia retropúbica no mesmo ano. Por evidência de progressão histológica, iniciou terapêutica com leuprorrelina 45mg (agonista GnRH), administração única subcutânea. Após a injeção queixas de cefaleia holocraniana intensa e persistente de início súbito. Três dias depois apresentou ptose palpebral esquerda com diplopia e vômitos, pelo que recorreu ao serviço de urgência, onde apresentava parésia completa do III par craniano esquerdo. Tomografia computadorizada revelou lesão expansiva selar; perfil hipofisário basal com testosterona 72.07 ng/dL (86.49 – 788.22), sem outras alterações de relevo. Ressonância magnética cerebral demonstrou aumento das dimensões tumorais com componente hiperintenso em T1 e hipointenso em T2, sugerindo conteúdo hemático recente. Foi iniciada corticoterapia, com melhoria progressiva da sintomatologia, mantendo à data da alta parésia incompleta do III par.

**Discussão:** A apoplexia hipofisária secundária à administração de agonistas de GnRH é uma complicação rara, estando actualmente descritos apenas vinte casos na literatura. O mecanismo fisiopatológico envolvido não está totalmente esclarecido, sendo aventadas algumas hipóteses: o fármaco poderá estimular a actividade metabólica tumoral bem como a divisão celular e crescimento da lesão, com consequente aumento da pressão intrasselar, despoletando fenómenos de isquemia num tecido adenomatoso não adequadamente perfundido face às necessidades. Tendo em conta a utilização crescente destes fármacos e a prevalência não desprezível de adenomas hipofisários na população, torna-se pertinente alertar os profissionais de saúde para esta possível complicação, de forma a poderem ser identificados precocemente os seus sinais/sintomas.

## ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

### P 10

#### PROJETO DE INTERVENÇÃO “MULHERES SEM PAUSA” – INTERVENÇÃO NO EXCESSO PONDERAL

Sara Domingues; José Miguel Moura; Manuela Araújo; Catarina Macedo; Diana Viana; Rosa Araújo; Rui Gomez; Michael Sousa; Pedro Grenha  
*USF Pró-Saúde*

**Introdução:** Os Cuidados de Saúde Primários desempenham papel privilegiado para a concretização de intervenções nos estilos de vida. Este projeto teve como principal objetivo intervir nos estilos de vida e melhorar a qualidade de vida de mulheres na meia idade com excesso ponderal.

**Descrição:** Estudo analítico, experimental e prospetivo, em mulheres entre os 45 e 54 anos de idade, com excesso ponderal, inscri-

tas numa Unidade de Saúde Familiar da região Norte. Constituíram-se dois grupos, nos quais se realizou dois tipos de intervenção, durante seis meses: “intervenção 1” - quatro sessões de grupo de educação alimentar e 39 sessões de grupo de exercício físico; “intervenção 2” – três consultas individuais de aconselhamento para a perda de peso. Para avaliar o impacto da intervenção, mediram-se variáveis pré e pós intervenção, relacionadas com características antropométricas, clínicas e de qualidade de vida.

**Discussão:** Globalmente (16 mulheres na “intervenção 1” e 13 mulheres na “intervenção 2”) houve diminuição significativa do peso, da percentagem de massa gorda e do perímetro abdominal ( $p < 0,001$ ). Houve também diminuição significativa da tensão arterial sistólica ( $p=0,001$ ) e da glicemia em jejum ( $p=0,028$ ). Estas melhorias foram mais evidentes no grupo submetido à “intervenção 1”. Neste grupo, verificou-se também melhoria significativa na auto-perceção de saúde, nas dimensões da função e desempenho físico ( $p= 0,001$ ;  $p=0,028$ ) e na dor corporal ( $p= 0,001$ ).

**Conclusão:** Este projeto pretendeu criar uma comunidade de boas práticas e permitiu valorizar um modelo de intervenção coletivo e individual para melhorar a eficiência social na prevenção primária em saúde.

### P 11

#### TRATAMENTO DA OBESIDADE NO ADULTO: REVISÃO DAS RECOMENDAÇÕES

Francisca Silva; Pedro Santos Sousa  
*UCSP Celorico de Basto, USF Gualtar*

**Introdução:** A obesidade constitui a maior ameaça à saúde pública, anunciando reverter o aumento da esperança média de vida das últimas décadas. A nível mundial, 13% dos adultos são obesos e em Portugal os dados são ainda mais preocupantes (prevalência de 22,3% de obesidade e 34,8% de pré-obesidade). A

obesidade é uma doença crónica e multifatorial, com impacto na morbimortalidade e qualidade de vida dos indivíduos, sendo um fator de risco significativo para múltiplas doenças. As medidas preventivas e interventivas no âmbito do estilo de vida e alimentação são essenciais, mas insuficientes. A cirurgia bariátrica tem sido amplamente realizada, contudo, a morbilidade associada e o risco de complicações a longo prazo leva a que muitos recusem esta opção invasiva. Assim, a procura por soluções farmacológicas tem sido incentivada e já existem ao dispor alguns fármacos com efeito comprovado na redução do peso.

**Tipo de trabalho:** Revisão Clássica

**Objetivos e métodos:** Rever a evidência mais atual acerca da abordagem farmacológica da obesidade. Pesquisa bibliográfica na *Medline/Pubmed* com as palavras-chave “*obesity*” e “*drug therapy*”, publicados em inglês e português entre 2014 e 2019.

**Resultados:** Está demonstrado que, isoladamente, a modificação do estilo de vida promove uma redução de até 8% do peso, a farmacoterapia aliada à modificação do estilo de vida pode levar a uma perda ponderal de 16% e a cirurgia bariátrica pode reduzir 32% do peso. Na Europa, estão aprovados o orlistato, a naltrexona/bupropiona e o liraglutido; nos Estados Unidos da América estão aprovadas mais três opções: fentermina, fentermina/topiramato e lorcaserina. Todas as opções estão aprovadas como adjuvantes da dieta e exercício físico em pessoas com um IMC de pelo menos 30 kg/m<sup>2</sup> ou 27 kg/m<sup>2</sup> com uma ou mais comorbilidades. Alguns fármacos estão associados a perda ponderal, no entanto, não estão aprovados para o tratamento da obesidade, como é o caso da metformina, inibidores da SGLT2, fluoxetina, entre outros.

**Discussão:** O conhecimento das diferentes opções farmacológicas, as suas indicações, efeitos adversos e limitações permite ade-

quar a escolha do tratamento. Quando utilizados, estes fármacos devem ser suspensos em caso de intolerância ou perda de peso não significativa (< 5%). A farmacoterapia desempenha um papel de reforço da modificação do estilo de vida e apresenta benefícios na gestão da obesidade a longo prazo, devendo ser encarada como um adjuvante valioso para a perda ponderal.

## P 12

### **AValiação e MELHORIA DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO DA TERAPêUTICA DO DOENTE DIABÉTICO NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SAMORA CORREIA**

Sara Machado; Virgínia Carreiras; José Luís Castro  
*USF Samora Correia, ACES Estuário do Tejo*

**Introdução:** Um dos indicadores contratualizados não cumpridos pela USF Samora Correia passa pelo controlo do custo da terapêutica com o doente diabético, que contabiliza o custo das embalagens prescritas por doente. Determinou-se numa auditoria preliminar que a medicação prescrita e não levantada aos utentes diabéticos perfaz um custo de cerca de €41 por utente por ano. Refere-se ainda que seria suficiente uma redução entre €16,7 e €36,7 para cumprir o indicador referido. Apesar de considerarmos que, na prática, o indicador contabiliza um valor não real, o controlo das embalagens prescritas é útil para compreender a evolução do doente diabético, e servir de incentivo para potenciar a adesão terapêutica e auto-gestão da doença por parte dos utentes.

**Objetivo:** Reduzir o custo da terapêutica com o doente diabético pela redução do custo atribuível à medicação prescrita e não levantada, consequentemente visando aumentar a autonomia do doente diabético. Visa-se uma redução de cerca de 40% do valor atribuível à medicação prescrita e não levantada.

**Metodologia:** Procedeu-se à análise da pres-

crição eletrónica médica (PEM) numa amostra aleatória de utentes (10% dos utentes diabéticos da unidade). As variáveis estudadas incluem o número e custo das embalagens prescritas não levantadas. Foi realizada uma auditoria inicial com colheita de dados relativos às prescrições entre 29/11/17 e 02/11/18, e uma avaliação intercalar 3 meses após a intervenção, com dados relativos às prescrições entre 03/12/18 e 03/03/19. Programou-se uma avaliação aos 6 e 12 meses após intervenção. **Resultados e conclusão:** Na auditoria preliminar, estima-se um custo médio de €41 por utente por ano atribuível às embalagens prescritas por levantar. Foi realizada uma apresentação com exposição dos resultados em reunião geral e fornecido material para a promoção da educação para a auto-gestão do doente diabético. Na avaliação preliminar realizada aos 3 meses, contabilizou-se um gasto de €10,9 por utente, o que contabilizaria um gasto de €43,6 por utente por ano. Procedeu-se à revisão da metodologia de intervenção, apresentando os resultados numa nova reunião, esclarecimento acerca de como consultar as embalagens por levantar no PEM, e envio mensal de emails recordatórios. Os resultados preliminares reforçam a necessidade de adaptação da metodologia num projeto como este. Da mesma forma o trabalho desenvolvido pode servir como modelo para revisão da prescrição noutras unidades.

## P 13

### NÍVEIS DE VITAMINA D E O RISCO DE CANCRO DA MAMA

Joana Afonso; Carina Peixoto Ferreira  
*USF Braga Norte; USF do Minho*

**Introdução:** A relação entre os níveis de Vitamina D e o Risco de Cancro (Ca) da Mama tem-se revelado controversa. Num total de 68 estudos realizados entre 1998 e 2018 foi constatado um efeito protetor entre os níveis de Calcifediol

(25(OH)D) e o aparecimento de Ca da mama. No entanto, o efeito protetor foi apenas documentado em mulheres em idade pré-menopausa. Não havendo qualquer associação significativa no que respeita aos níveis de Calcitriol (1,25(OH)2D). Trata-se de um tema atual, uma vez que, o Ca da mama se apresenta como um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, sendo o principal cancro do sexo feminino. Estima-se que 1 em cada 11 mulheres terá esta neoplasia ao longo da sua vida.

**Objetivos:** Expor o efeito protetor entre os níveis de Vitamina D circulante (25(OH)D) e o desenvolvimento de Ca da Mama em mulheres pré-menopausa.

**Material e métodos:** Seleção, pelos autores, de 2313 artigos com apenas 68 destes a cumprirem os critérios de inclusão, num total de 51 estudos de casos-controlo e 17 estudos de coorte.

**Resultados:** Constatado um efeito protetor entre os níveis de 25(OH)D e o risco de Ca da mama transversal á fase pré e pós menopausa. Não havendo qualquer relação entre os níveis de 1,25(OH)2D. No que respeita à toma de suplementos de Vitamina D não houve diferenças significativas na fase pré e pós menopausa, embora haja um efeito protetor discreto na fase pré menopausa. Quando avaliado o efeito entre o aporte total (dieta e suplementos) verificado um efeito protetor na fase pré menopausa, nos estudos de coorte.

**Conclusões:** Foi verificado um menor risco de Ca da mama quando normalizados os níveis de 25(OH)D, sendo o efeito protetor mais evidente na fase pré- menopausa. Da mesma forma, há um efeito protetor do aporte de vitamina D da dieta ou suplementos. Esta relação poderá dever-se ao facto da Vitamina D ser capaz de bloquear o estímulo de IGF-1, um dos responsáveis pela proliferação desregulada das células do epitélio mamário, aumentando o risco de transformação neoplásica. O

facto de não ter sido verificada relação face aos níveis de 1,25(OH)2D poderá estar relacionado com o seu tempo de semi-vida curto, fazendo dele um mau indicador dos níveis de Vitamina D plasmáticos. Já a menor evidência do efeito protetor do aporte de Vitamina D da dieta ou da toma de suplementos se revela expectável dado que a maior fonte desta vitamina será sempre a exposição solar e consequente metabolismo tecidual.

## P 14

### ESTATINAS E DIABETES MELLITUS – QUAL A RELAÇÃO?

Filipa Machado; Maria Vaz Cunha; Susana Pereira  
*Unidade de Saúde Familiar Ara de Trajano,  
Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Ave*

**Introdução:** As estatinas são a escolha de eleição no tratamento da dislipidemia, desempenhando um papel fundamental na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares ateroscleróticos. Apesar de globalmente seguras, nos últimos anos as estatinas têm sido associadas a alguns efeitos adversos, com destaque para o aumento do risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus. Esta associação tem gerado preocupação na comunidade médica.

**Objetivos:** Rever a literatura mais recente sobre a relação entre o uso das estatinas e o risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus.

**Material e métodos:** Realizou-se uma pesquisa recorrendo às bases de dados *Pubmed* e *Cochrane Library*, utilizando os termos “*Statins*” e “*Diabetes Risk*”. Foram incluídas revisões clássicas e sistemáticas e artigos originais dos últimos 5 anos, que avaliam a relação entre o uso das estatinas e o risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus.

**Resultados e conclusões:** A evidência mais recente sugere a associação entre o tratamento com estatinas e o aumento da incidência de Diabetes Mellitus. O primeiro estudo a sugerir esta relação foi o estudo JUPITER

(*Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin*) em 2008. Os estudos subsequentes vieram corroborar os resultados deste ensaio clínico o que levou, em 2012, a *Food and Drug Administration* a emitir um alerta, referindo o potencial diabetogénico das estatinas. Segundo os estudos mais recentes, o uso de estatinas aumenta em 9-13% o risco de desenvolvimento de Diabetes.

O mecanismo fisiopatológico subjacente ainda não se encontra totalmente esclarecido; contudo, o aumento do risco de Diabetes secundário ao tratamento com estatinas parece estar relacionado com o declínio da secreção pancreática de insulina e o aumento da resistência à ação da insulina.

Muitos estudos consideram este risco como um efeito de classe, contudo são descritos vários fatores que influenciam esta relação, como o tipo de estatina escolhida, a dose utilizada, o tempo de tratamento, assim como a pré-existência de fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes.

Apesar destes resultados, o benefício das estatinas na prevenção cardiovascular é inquestionável e sobrepõe-se ao risco de aumento de incidência de Diabetes. Contudo, existem algumas recomendações a ter em conta aquando a sua prescrição, tomando em consideração o risco cardiovascular e o risco de Diabetes de cada doente.

## P 15

### AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO, UM DESAFIO NO ESTABELECIMENTO DO RISCO

Inês Monteiro; Rui Buzaco; Paula Cavalheiro;  
Manuel Vazquez  
*USF- Mosteiro (ACES Loures Odivelas)*

A prevalência da Diabetes está a aumentar globalmente, havendo, em Portugal, mais de 1 milhão de diabéticos.(1)(2) O controlo inadequado da doença aumenta o risco de complicações micro e macrovasculares, en-

tre elas, o pé diabético, com consequências nefastas, nomeadamente infeções e amputações. Torna-se, então, imperativa a avaliação regular e a identificação do risco de desenvolvimento de lesão nos diabéticos e uma eficaz educação para a saúde.(3)(5)

**Objetivos:** A criação da consulta dedicada à Diabetes na nossa Unidade pressupôs o estudo de lista, tendo sido identificada uma lacuna relativa à avaliação e seguimento do pé diabético. Adicionalmente, entendíamos ser fulcral caracterizar os conhecimentos da nossa população sobre a doença por forma a traçar um plano ajustado de educação para a saúde. Propusemo-nos, então, colmatar esta lacuna avaliando o pé diabético de acordo com os parâmetros estabelecidos pela DGS (5)(6)(7) e os conhecimentos de cada utente sobre a Diabetes aplicando o questionário DKT (*Diabetes Knowledge test*) (4). Para tal, foi estabelecido um plano de rastreio paralelo à Consulta de Diabetes, de forma a ser, num futuro próximo, progressiva e rapidamente incluído como prática habitual nas consultas.

**Material e métodos:** Os dados clínicos foram recolhidos da plataforma MIM@UF e registos clínicos informáticos (SClínico®) e tratados no Microsoft Excel®. Foram identificados utentes seguidos no programa de Diabetes da lista analisada e realizada a avaliação de uma amostra de conveniência, entre fevereiro e agosto de 2019, com foque na avaliação do pé diabético e aplicação da Escala de Conhecimentos da Diabetes (DKT) (4).

**Resultados e conclusões:** Os resultados preliminares da avaliação do pé diabético demonstram que 77% dos utentes avaliados possuíam baixo risco de lesão, 7% risco médio e 16% alto risco. Cerca de 50% da amostra avaliada preencheu o questionário DKT, concluindo-se que a população possuía fraco conhecimento relacionado com alimentação, médio no que diz respeito à avaliação e aos sinais e sinto-

mas da doença e superior à média no que concerne aos efeitos das variáveis externas. Este estudo de lista veio fornecer o retrato do risco real do pé diabético, estabelecendo assim a periodicidade de seguimento e tratamento adequados. Adicionalmente, foram detetados défices em áreas de conhecimento da Diabetes, que permitirão traçar um plano de ação para a educação em saúde a médio prazo, mais adaptado às necessidades, nomeadamente ensino em grupo.

## P 16

### A RELEVÂNCIA DA TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA NA DIABETES – UM RELATO DE PRÁTICA

Ana Catarina Guimarães; Nelson Campos; Tahydi Valle  
*USF +Carandá*

**Introdução:** A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crónica e progressiva, sendo que muitas vezes os doentes apresentam comorbilidades associadas que complicam a escolha terapêutica e controlo da doença. O sucesso da terapêutica baseia-se na escolha individualizada e centrada no doente, mas também na comunicação entre o médico e o doente, e na decisão partilhada.

**Objetivos:** Demonstrar através de um relato de prática a importância da individualização terapêutica na abordagem da diabetes.

**Material e métodos:** D.C., 64 anos, com antecedentes de DM2, HTA, obesidade, ex-fumador de 20 UMA, doença renal crónica estadio 3a (com agudizações por consumo de AINEs), cirrose hepática compensada Child A de etiologia alcoólica, hemorragia digestiva alta em 2017 por rotura de varizes esofágicas, DPOC, SAOS e gonartrose bilateral. Em outubro de 2018, na consulta de vigilância de DM com a Médica de Família, encontrava-se medicado com metformina 1000mg id, sitagliptina 50mg id, furosemida 40mg bid, carvedilol 6,25mg id e umeclidínio/vilanterol inal. Ao exame objetivo pesava

100Kg (IMC 37,6 Kg/m<sup>2</sup>), perímetro abdominal de 130 cm e TA 145/90 mmHg. Trazia estudo analítico com HbA1C de 8,2%. Portanto diabetes não controlada, em doente obeso com doença renal e hepática crônica com TFG estimada de 54 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. Optou-se por suspender a sitagliptina e iniciar análogo da GLP-1 com benefício cardiovascular e renal comprovado, iniciando assim o liraglutide. Decidiu-se manter a metformina e foi reforçada a importância da alteração do estilo de vida e da abstinência alcoólica, com a qual o doente se comprometeu. Em abril de 2019, retorna à consulta de vigilância e segundo o doente estava abstinente há 5 meses e tinha implementado alterações do estilo de vida, com mudança nos hábitos alimentares. Manteve o sedentarismo pelas limitações músculo-esqueléticas. Ao exame objetivo tinha perdido 7 Kg (peso atual: 93Kg, IMC 35Kg/m<sup>2</sup>), apresentava melhoria do controlo tensional TA 122/79 mmHg e melhoria significativa do controlo da diabetes, com estudo analítico com HbA1C de 5,5%. Sem sintomas de hipoglicemia.

**Conclusões:** A abordagem do diabético deve ser sempre uma abordagem multidisciplinar, tendo em conta as comorbilidades associadas. Os a-GLP1 têm interesse não só pelo efeito anti-hiperglicémico mas também pelos efeitos extraglicémicos demonstrados. Não obstante, o diabético tem que assumir uma postura ativa no controlo da sua doença para que se atinja o sucesso terapêutico.

## P 17

### O PAPEL DOS INIBIDORES 5-ALFA REDUTASE NO METABOLISMO DA GLUCOSE – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Sara Eduarda Martins; Maria Fátima Carvalho; Nuna Silva; Cláudia Souza  
USF Braga Norte; USF Viatodos

**Introdução:** A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, com elevada morbimortalidade e cuja crescente prevalência a torna

um importante problema de Saúde Pública. O risco de DM encontra-se aumentado com a utilização de diversos fármacos. Estudos recentes sugerem que os inibidores 5-alfa redutase (i5AR) possam estar implicados na alteração do metabolismo da glucose.

Os i5AR são frequentemente utilizados na prática clínica, nomeadamente no tratamento sintomático da hiperplasia benigna da próstata e no tratamento da alopecia androgénica. Os i5AR disponíveis são a finasterida, que inibe exclusivamente a isoenzima tipo 2, e a dutasterida, que inibe a isoenzima tipo 1 e tipo 2. Torna-se fundamental determinar o efeito diabetogénico dos i5AR e, assim, adequar a sua prescrição.

**Objetivos:** Rever a evidência disponível sobre os efeitos dos i5AR no metabolismo da glucose.

**Métodos:** Pesquisa de guidelines, revisões sistemáticas, meta-análises e ensaio clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) na base de dados *Medline*, *National Guideline Clearinghouse*, *NICE Guidelines Finder*, *CPG Infobase*, *Cochrane Library*, *Bandolier*, *TRIP*, *DARE*, *BMJ Clinical Evidence*, *Evidence Based Medicine online*, utilizando os termos MESH: “5-alpha reductase inhibitors” e “glucose”. A pesquisa, realizada de 5 de setembro a 12 de setembro de 2019, foi limitada a artigos publicados entre 2009-2019, escritos em inglês, português ou espanhol. A *Strenght Of Recommendation Taxonomy da American Family Physician* foi utilizada para atribuir força da recomendação aos estudos.

**Resultados e conclusões:** Dos 263 artigos encontrados, 5 ECAC cumprem os critérios de inclusão definidos. Traish A *et al* demonstraram que o tratamento a longo-prazo com dutasterida se associa a um aumento da glucose plasmática e da hemoglobina glicada. Hazlehurst JM *et al* revelaram que a dutasterida aumenta a insulinoresistência intra-hepática, efeito que não foi encontrado com a finasterida. Upreti R

*et al* constataram que a dutasterida induz insulinoresistência a nível hepático e periférico, ao contrário da finasterida. Tsunemi *Y et al* evidenciaram que o uso a longo-prazo de dutasterida levou a elevação da glucose plasmática. Wei L *et al* mostraram um ligeiro aumento do risco de DM com a toma de i5AR. Esta revisão alerta para o impacto dos i5AR no metabolismo da glucose, particularmente a dutasterida. A evidência atual é reduzida, pelo que são necessários mais estudos para determinar o real efeito diabotogénico dos i5AR.

## P 18

### CONSULTA DE DIABETES EM GRUPO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sandra Alves Pereira; Maria João Novais; Paulo Pereira; Fernando Moura; António Sousa; Daniela Alves; Ana Curralo  
*UCSP Montalegre, USF Santa Justa*

**Introdução:** A Diabetes Mellitus é uma doença crónica com elevado impacto nas famílias. A maioria dos doentes são vigiados em cuidados de saúde primários (CSP). As consultas de vigilância de diabetes em CSP têm uma duração de 15 a 20 minutos, limitando o médico e enfermeiro de família na sua gestão. Consultas multidisciplinares com os vários profissionais de saúde podem contribuir para melhores *outcomes*. Consultas multidisciplinares de diabetes em grupo podem contribuir para melhor gestão de recursos e de tempo.

**Objetivos:** Otimizar recursos e melhorar a eficiência e eficácia dos mesmos; Otimizar a adesão terapêutica; Contribuir para o *empowerment* do doente e da família/cuidador; Promover o envolvimento da família/cuidador; Partilhar experiências entre os doentes.

**Material e métodos:** Projeto-piloto de consulta de diabetes em grupo de carácter multidisciplinar com o envolvimento do médico, enfermeiro e nutricionista. Cada consulta abrange um grupo de 10 doentes e tem duração de uma hora. São incluídos os doentes com dia-

betes tipo 2 vigiados na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Montalegre, independentemente do tipo de terapêutica, com registo de HbA1c nos últimos 6 meses entre 6,5 e 7,5%, total ou parcialmente independentes, sem complicações graves da doença. São convidados os familiares/cuidadores a participar. Em cada consulta são abordados diferentes temas como a doença e a sua evolução, a auto-monitorização, a nutrição e a atividade física, e o tratamento médico, incluindo a administração de injetáveis. Os doentes são convidados a partilhar demonstrar o seu saber e saber fazer, partilhando as suas dificuldades e as suas boas práticas.

**Resultados e conclusão:** Este projeto-piloto permite reunir todos os profissionais de saúde na mesma sala com um grupo de doentes e seus familiares/cuidadores, concertando-se a informação, otimizando-se os recursos e melhorando a gestão do tempo. Estas consultas contribuem para o *empowerment* do doente e familiares/cuidadores, minimizando o impacto da doença na família.

## Intervenientes no programa

Albino Martins

Ana Catarina Matos

Ana Covinhas

Ana Margarida Monteiro

Ana Paula Barbosa

Ana Sousa

André Fernandes

Cidália Abreu

Cláudia Matta-Coelho

Cláudia Nogueira

Cristina Ramos

Daniel Braga

Gustavo Rocha

Inês Barros

Isabel Palma

Leonilde Coelho

Liliana Costa

Luís Pedro Caldeira

Maria do Carmo Tinoco

Maria Joana Santos

Maria Lopes Pereira

Mariana Barbosa

Marta Alves

Olinda Marques

Raul Borges

Ricardo Pereira

Rosa Príncipe

Rui Macedo

Sara Lopes

Selma Souto

Sílvia Paredes

Sofia Alves

Sofia Teixeira

Vera Fernandes

## Organização

### Associação A. Endocrinologia de Braga

#### Comissão Organizadora

Ana Margarida Monteiro  
Cláudia Matta-Coelho  
Inês Ferreira Barros  
Juliana Sá  
Maria Joana Santos  
Maria Lopes Pereira  
Mariana Barbosa

Marta Alves  
Olinda Marques  
Sara Lopes  
Selma Souto  
Sílvia Paredes  
Vera Fernandes

#### Júri de Medicina Geral e Familiar

Luís Pedro Caldeira  
Olinda Marques  
Raul Borges

#### Júri de Endocrinologia

Leonilde Coelho  
Rosa Príncipe  
Gustavo Rocha

#### Major Sponsors



#### Sponsors



#### Secretariado

**ad**medic<sup>+</sup>

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: ana.montes@admedic.pt  
W: www.admedic.pt