

XXIII JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual

HOMENAGEM NACIONAL
Prof. Doutor António Pereira Coelho

PRESIDENTE

Prof. Doutor António Pereira Coelho

SECRETÁRIOS GERAIS

Dr. José Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas

21 / 22
fevereiro
2019

Centro de Congressos
do Algarve
/ Vilamoura

Programa
Científico



Aceda aqui à versão digital
do programa com resumos



Antigos Presidentes das Jornadas



XXIII JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual

- 1997 **I Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor M. Machado Macedo †
- 1998 **II Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Pedro Eurico Lisboa †
- 1999 **III Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Salomão Sequerra Amram †
- 2000 **IV Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor F. Manuel Fonseca Ferreira
- 2001 **V Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Mário Gentil Quina †
- 2002 **VI Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. A. Barros Veloso
- 2003 **VII Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. António Gentil Martins
- 2004 **VIII Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. Paes de Sousa †
- 2005 **IX Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Nuno Cordeiro Ferreira
- 2006 **X Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor. J. A. Machado Caetano
- 2007 **XI Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Manuel Meirinho †
- 2008 **XII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor A. Galvão-Teles
- 2009 **XIII Jornadas Nacionais Patient Care** Doutor Ricardo Seabra-Gomes
- 2010 **XIV Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor A. Linhares Furtado
- 2011 **XV Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. Mário da Silva Moura
- 2012 **XVI Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Daniel Serrão †
- 2013 **XVII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Fernando Pádua
- 2014 **XVIII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Walter Osswald
- 2015 **XIX Jornadas Nacionais Patient Care** Dr. Almeida Ruas
- 2016 **XX Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor António Pacheco Palha
- 2017 **XXI Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor José Castro Lopes
- 2018 **XXII Jornadas Nacionais Patient Care** Prof. Doutor Américo Dinis da Gama



Comissão de Honra

Ministra da Saúde > Bastonário da Ordem dos Médicos > Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar > Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve > Presidente da Câmara Municipal de Loulé



Comissão Organizadora

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PEREIRA COELHO Professor jubilado de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Ex-Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução; Ex-Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Ex-Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; Comendador da Ordem Militar de Santiago da Espada > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; especialista em Medicina Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência de Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos



Comissão Científica/Conselho Científico da revista Patient Care

DRA. ANA AROSO MONTEIRO Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia, Porto > **PROF. DOUTOR ANTÓNIO SOUSA GUERREIRO** Chefe de Serviço de Medicina Interna; Coordenador da Unidade Funcional de Medicina 4, Hosp. de Sta. Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central; Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa > **DR. ARLINDO CARVALHO** Chefe de Serviço de Ginecologia, Lisboa > **PROF. DOUTOR ARMANDO BRITO DE SÁ** Médico de Família na USF Conde Saúde, Quinta do Conde, ACeS Arrábida; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa > **DRA. BEATRIZ COSTA NEVES** Assistente Graduada Sênior de Gastrenterologia, Coordenadora da Unidade de Gastrenterologia do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. CARLOS MACHADO E COSTA** Assistente Graduado de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR CARLOS RAMALHÃO** Cardiologista, Porto > **DRA. CÁTIA ALBINO** Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **PROF. DOUTOR DAVIDE CARVALHO** Director do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar S. João, Porto; Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da UP; Investigador do I3s da UP; Membro da Academia Nacional de Medicina > **DR. FILIPE FROES** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Hospital Pulido Valente - CHLN, EPE; Consultor da Direção-Geral da Saúde > **PROF. DOUTOR FRANCISCO ANTUNES** Chefe de Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa; Professor Catedrático Convidado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical > **DR. FRANCISCO MENEZES BRANDÃO** Dermatologista, Lisboa > **PROF. DOUTOR FRANCISCO SALVADO** Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA** Diretor do Serviço 1, Hospital D. Estefânia; Assistente Convidado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa > **PROF. DOUTOR J. C. MENDES DE ALMEIDA** Diretor de Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Professor da Fac. de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR J. MANUEL ROMÃOZINHO** Chefe de Serviço de Gastroenterologia dos HUC, Coimbra > **PROF. DOUTOR JACINTO MONTEIRO** Diretor do Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **PROF. DOUTOR JOÃO BARRETO** Prof. Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto; Chefe de Serviço de Psiquiatria > **DR. JOÃO FRANKLIN** Diretor de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa > **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Médico de Família. Unidade de Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa > **DR. JORGE LAINS** Diretor de Serviço; Diretor Clínico Adjunto; Diretor do Internato Médico Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Hospital Rovisco Pais, Coimbra > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. JOSÉ DANIEL MENEZES** Chefe de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Lisboa >

DR. LUÍS ANTUNES Chefe de Serviço de ORL; Diretor do Serviço de ORL, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia; Serviço de Urologia do Hospital St. Louis, Lisboa > **PROFA. DOUTORA MARIA JOSÉ SANTOS** Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR MIGUEL VIANA BAPTISTA** Assistente Graduado de Neurologia; Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade Cardíaca de Intervenção, Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **DR. PEDRO MARQUES DA SILVA** Consultor de Medicina Interna e responsável pelo Núcleo de Investigação Arterial e Consulta de Hipertensão e Dislipidemias da Medicina IV do Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar Lisboa Central; Coordenador do Núcleo de Estudos de Risco e Prevenção Cardiovascular da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Especialista de Farmacologia Clínica; Especialista de Hipertensão Clínica (Sociedade Europeia de Hipertensão); Vogal Médico da Direção da Fundação Portuguesa de Cardiologia > **DRA. ROSA GALLEGU** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Vila Franca de Xira > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; Especialista em Medicina do Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DRA. TERESA VENTURA** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde Santo Condestável, Lisboa. Diretora de Internato da Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul. Assistente Convidada da Fac. de Ciências Médicas de Lisboa



Presidentes, Moderadores e Palestrantes

DR. ALBERTO MELLO E SILVA Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2011-2017; Assistente Graduado Sênior de Medicina Interna, Especialista de Cardiologia, Hospital da Luz, Oeiras/Amadora/Torres de Lisboa > **DRA. ANA AGUIAR** Assistente Hospitalar Graduada, Unidade de Medicina da Reprodução, Departamento de Ginecologia, Obstetria e Medicina da Reprodução do CHULN - Hospital Santa Maria > **DRA. ANA CORDEIRO** Especialista em Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. ALEXANDRE VALENTIM LOURENÇO** Especialista com grau de Consultor em Ginecologia e Obstetria; Assistente Hospitalar graduado do CHLN – Hospital de Santa Maria, Lisboa; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Competência em gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos > **PROF. DOUTOR ANTÓNIO PEREIRA COELHO** Professor jubilado de Obstetria e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Ex-Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução; Ex-Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Ex-Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; Comendador da Ordem Militar de Santiago da Espada > **DR. ANTÓNIO ROBALO NUNES** Diretor do Serviço de Imunohemoterapia, Hospital das Forças Armadas (Pólo de Lisboa); Diretor do Serviço de Imunohemoterapia, Hospital dos SAMS-SBSI (Lisboa) > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROFA. DOUTORA CARLA PEDROSA** Nutricionista, na categoria de Assistente de Saúde do ramo de Nutrição no Serviço de Nutrição e Alimentação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Médica; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ACES Baixo Alentejo – ULS Baixo Alentejo > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Sâvida, EDP, Porto > **PROF. DOUTOR DAVIDE CARVALHO** Diretor Serviço Endocrinologia, Centro Hospitalar S. João, Porto > **DRA. DIANA SEIXAS** Assistente Hospitalar de Infeciologia, Hospital de Curry Cabral, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa; Presta assistência no internamento e na Consulta Externa no Serviço de Doenças Infeciosas, Hospital de Curry Cabral, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa > **DR. FERNANDO MAUTEMPO** Especialista em Medicina do Trabalho; Assistente Graduado com o grau Consultor em Medicina do Trabalho da Carreira Médica Hospitalar; Diretor do Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar do Baixo Vouga; Assessor Técnico de Coordenação do Serviço de Verificação de Incapacidades do ISS de Aveiro; Competência em Avaliação do Dano Corporal; Competência em Peritagem Médica da Segurança Social pela Ordem dos Médicos; Técnico Superior de Higiene e Segurança > **DRA. FILIPA MARQUES** Assistente Graduada de Medicina Interna, Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa; Coordenadora do Internamento e do Hospital de dia, Hospital da Luz, Oeiras > **DR. FILIPE BASTO** Assistente Graduado de Medicina Interna; *Fellow, American College of Physicians*; Diretor Médico, Hospital Lusíadas Porto > **DR. FILIPE PALAVRA** Assistente Hospitalar de Neurologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra > **DRA. HELENA BEÇA** Médica de Família, USF Espinho; Mestre em Cuidados Paliativos > **DR. JOÃO CARLOS RAMOS** Especialista em Medicina Geral e Familiar desde 2012, trabalha na Clínica Europa, Cuf Miraflores e Belém e Malo Medical Care; Dedicar-se a todas as áreas preventivas e à geriatria, tendo um gosto especial pela humanização da Medicina. É consultor científico e apresentador do programa da RTP, Diga Doutor, há 4 anos > **DR. JÁCOME DE CASTRO** Consultor de Endocrinologia no Hospital das Forças Armadas; Sub-Diretor de Saúde do Exército > **PROF. DOUTOR JORGE POLÓNIA** Professor Associado com Agregação de Medicina da Faculdade Medicina Porto; Professor Catedrático na Escola Saúde da Universidade Aveiro; Consultor de

Medicina Interna e Hipertensão e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Coordenador da Unidade Farmacovigilância do Norte Faculdade Medicina Porto/Infarmed > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. JOSÉ PEDRO ANTUNES** Médico de Medicina Geral e Familiar, USF Oliveirinha, Aveiro > **PROF. DOUTOR JOSÉ THEMUDO BARATA** Professor efetivo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; Diretor do Serviço de Nutrição e atividade Física do Centro Hospitalar da Cova da Beira; Professor da Escola Superior de Desporto de Rio Maior > **DR. LUÍS MARTINS** Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar do ACES Loures-Odivelas; Coordenador da USF da Ramada (ACES Loures-Odivelas) > **PROF. DOUTOR LUÍS MARTINS** Cardiologia, Diretor do Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga / Hospital de São Sebastião, Santa Maria da Feira > **PROF. DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO** Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Consultor, Assistente Graduado Sênior em Medicina Geral e Familiar, Coimbra > **DRA. MADALENA RODRIGUES** Assistente na carreira de Medicina Geral e Familiar, USF do Castelo (Santana, Sesimbra) e Hospital N.º Sr.ª da Arrábida (Azeitão), Orientadora do internato da mesma especialidade, na mesma Unidade > **DRA. MARIA JOÃO BRITO** Consultora de Infeciologia Pediátrica, Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca; Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria, Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia-CHLC; Responsável da Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia. Competências em Infeciologia Pediátrica e Neuroinfeciologia Pediátrica; Assistente Convidada de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa > **DR. MIGUEL MARTINS DA CUNHA** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar no ACES Alto Ave; Médico Especialista em Medicina do Trabalho na Continental > **DR. MIGUEL REIS E SILVA** Médico de Medicina Física e Reabilitação, Centro Multidisciplinar de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada; Médico do Sport Lisboa e Benfica > **DR. NUNO CORTEZ DIAS** Cardiologista, Centro Hospitalar Lisboa Norte > **DR. NUNO ESGUELHA** Especialista em Medicina do Trabalho; Membro do Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos; Médico Coordenador dos serviços médicos do Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais (Lisboa); Competência em Medicina Social; Membro do Colégio da Competência em Medicina Social da Ordem dos Médicos; Competência em Dano Corporal > **PROFA. DOUTORA PAULA FREITAS** Endocrinologista, Centro Hospitalar S. João, Porto > **DR. PEDRO CANAS SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade de Cardiologia de Intervenção, Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte > **DR. PEDRO CARREIRA** Internista, Centro Hospitalar de Setúbal > **DR. PEDRO LOPES** Médico de Clínica Geral; Diretor Médico, Alfasigma Portugal > **DR. PEDRO VARANDAS** Médico Psiquiatra com o grau de Chefe de Serviço da Carreira Hospitalar; Diretor Clínico da Casa de Saúde da Idanha e da Clínica Psiquiátrica de S. José; Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria, Lisboa > **DR. RAUL MARQUES PEREIRA** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF Lethes, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Criador e Coordenador da Consulta de Dor da USF Lethes; Diretor da Unidade de Convalescença do Hospital da Misericórdia de Vila Verde > **PROF. DOUTOR RICARDO FONTES-CARVALHO** Cardiologista, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia e Espinho > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; especialista em Medicina Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência de Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos > **DRA. SANDRA SOUSA** Assistente Hospitalar de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. SELMA SOUTO** Assistente Hospitalar de Endocrinologia, Hospital de Braga > **DRA. SÍLVIA MONTEIRO** Cardiologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DRA. SUSANA HEITOR** Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora > **DRA. TERESA PINTO** Médica especialista em Medicina do Trabalho da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; Membro do Conselho Diretivo do Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos; *National Secretariat for Portugal, International Commission on Occupational Health* > **DR. TIAGO CASTRO LOPES** Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA; Médico de Família na USF Serzedelo ACeS Alto Ave > **PROF. DOUTOR TIAGO TAVEIRA GOMES** Médico Medicina Geral e Familiar, USF Covelo, ACES Porto Oriental



Júri dos Trabalhos

DRA. HELENA BEÇA Médica de Família, USF Espinho; Mestre em Cuidados Paliativos > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. LUÍS MARTINS** Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar do ACES Loures-Odivelas; Coordenador da USF da Ramada (ACES Loures-Odivelas) > **DRA. MADALENA RODRIGUES** Assistente na carreira de Medicina Geral e Familiar, USF do Castelo (Santana, Sesimbra) e Hospital N.º Sr.ª da Arrábida (Azeitão), Orientadora do internato da mesma especialidade, na mesma Unidade > **DR. MIGUEL MARTINS DA CUNHA** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar no ACES Alto Ave; Médico Especialista em Medicina do Trabalho na Continental > **DR. RUI CERNADAS** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental; especialista em Medicina Trabalho e Medicina Geral e Familiar; Competência de Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos

Urologia para Medicina Geral e Familiar



III Jornadas Temáticas Patient Care

11 e 12 | abril | 2019
SANA Lisboa Hotel

PRESIDENTE

Dr. Tomé Lopes



DATA LIMITE PARA SUBMISSÃO
DE CASOS CLÍNICOS E POSTERS

04 de março de 2019
www.admedic.pt

Imagem: Ad Médic

CONSULTE A VERSÃO
DIGITAL DO PROGRAMA



**Marque já
na sua AGENDA!**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt
www.admedic.pt



20 fevereiro

/ Quarta-feira

PROGRAMA CIENTÍFICO

CURSOS PRÉ-JORNADAS

14:00-18:00h

CURSO 1

PSIQUIATRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Coordenadores: Dr. Pedro Varandas e Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Primeira abordagem

Avaliação

Tratamento

Referenciação

Seguimento

14:00-18:00h

CURSO 2

ABORDAGEM INICIAL NAS DOENÇAS REUMÁTICAS IMUNOMEDIADAS

Coordenadores: Dra. Ana Cordeiro, Dra. Sandra Sousa e Dr. José Canas da Silva

Lupus eritematoso sistémico

AR

Espondilartrites

Poli/dermatomiosite e vasculites

Esclerose sistémica progressiva



14:00-18:00h

CURSO 3

A DE ANEMIA

Coordenadores: Dr. António Robalo Nunes e Dra. Filipa Marques

Introdução – Anemia na prática clínica

Abordagem diagnóstica, da clínica ao laboratório

Anemia no idoso, um desafio

Casos clínicos: Discussão interactiva

Conclusões



14:00-18:00h

CURSO 4

DOR: BOAS PRÁTICAS

Formadores: Dra. Beatriz Craveiro Lopes, Dr. Miguel Reis e Silva e Raul Marques Pereira

Avaliação dor e tipos de dor

Intervalo

Lombalgias e diagnósticos diferenciais

Intervalo

Lombalgias, semiologia com modelo humano e terapêuticas



14:00-18:00h

CURSO 5

CUIDADOS PALIATIVOS

Coordenadora: Dra. Cristina Galvão

Os cuidados paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias que vivem uma doença crónica, incurável e progressiva e podem aplicar-se ao longo de todo o percurso da doença, não apenas em doentes agónicos. Devem ser cuidados holísticos, sensíveis, empáticos e individualizados, dando resposta às necessidades dos doentes e famílias que vivenciam uma situação grave e causadora de sofrimento. Com base em casos clínicos reais abordaremos alguns dos sintomas e problemas mais frequentes nos doentes com doença em fase avançada, procurando discutir algumas das opções terapêuticas.





21

fevereiro

/ Quinta-feira

08:00h

Abertura do Secretariado

09:30-11:00h

SESSÃO 1 ENDOMETRIOSE

Presidente: Prof. Doutor António Pereira Coelho

Etiopatogenia (20 min.)

Dr. Alexandre Valentim Lourenço

Clínica (20 min.)

Dra. Ana Aguiar

Terapêutica (20 min.)

Prof. Doutor António Pereira Coelho

Perguntas & Respostas (30 min.)

11:00-11:30h

Intervalo

11:30-12:15h

SIMPÓSIO DOENÇA CARDIOMETABÓLICA: DOENTES E INDICADORES – ONDE ESTÁ O FOCO?

Moderador: Prof. Doutor Davide Carvalho

Palestrantes: Profa. Doutora Paula Freitas, Prof. Doutor Ricardo Fontes-Carvalho e Prof. Doutor Tiago Taveira Gomes



12:15-13:00h

Sessão de Abertura e Homenagem Nacional ao Prof. Doutor António Pereira Coelho

13:00-14:30h

Almoço

14:30-15:15h

SIMPÓSIO TRATAR O DOENTE HIPERTENSO COM DISLIPIDEMIA: POLYPILL, NOVA SOLUÇÃO TERAPÊUTICA PARA VELHOS DESAFIOS

Moderador: Dr. Rui Cernadas

Hipertensão e co-morbilidades: Importância da dislipidemia

Prof. Doutor Luís Martins

Tratar o doente hipertenso com dislipidemia com a associação fixa atorvastatina/perindopril/amlodipina: Sinergias farmacológicas e clínicas

Prof. Doutor Jorge Polónia

Discussão: Associação atorvastatina/perindopril/amlodipina na prática clínica

Comentário: Dr. Rui Cernadas



15:15-16:15h

SESSÃO 2 SÉCULO XXI: TEMAS EMERGENTES

Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. José Canas da Silva

Novas infeções ou infeções novas? (15 min.)

Dra. Diana Seixas

Estatinas: Bom, mau ou assim-assim? (15 min.)

Dr. Pedro Canas Silva

Será enxaqueca? (15 min.)

Dr. Filipe Palavra

Perguntas & Respostas (15 min.)

16:15-16:40h **CONFERÊNCIA O PAPEL DA MGF NO TRATAMENTO DA DIABETES:
A EXPERIÊNCIA QUE FAZ A DIFERENÇA**
Dra. Susana Heitor e Dr. Jácome de Castro



16:40-17:00h Intervalo

17:00-18:00h **SESSÃO 3 APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS**

Moderadores: Dra. Helena Beça e Dr. Luís Martins

01 Mais do que uma infeção respiratória: Nefropatia por IGA

Dra. Catarina Vieira Gonçalves

02 Quando o desconhecido parece agressivo – O desfecho mais improvável

Dra. Andreia Abreu Fernandes

03 Quando a febre não passa... Um diagnóstico de exclusão

Dr. César Matos

04 Muito mais do que lesões da pele – O diagnóstico escondido

Dra. Andreia Abreu Fernandes

05 “Mais vale cedo que nunca”: O papel do Médico de Família na identificação da reacção depressiva breve e prevenção da depressão *major*

Dra. Sandra Pera

06 Do passado me esqueci, no presente me perdi

Dr. Torcato Moreira Marques

18:45h Fim das Sessões do 1º Dia



JNPC

Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual



22 fevereiro

/ Sexta-feira

08:30h	Abertura do Secretariado	
09:00-09:30h	SESSÃO 4 APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS <i>Moderadores:</i> Dr. Miguel Martins da Cunha e Dra. Madalena Rodrigues 07 Doenças reemergentes – Um caso de Tuberculose Pulmonar em idade pediátrica Dra. Beatriz Bernardo 08 Cefaleia – Quando ver mais além Dra. Luísa Camacho Fernandes 09 Análise sociodemográfica e clínica de um grupo de doentes com patologia mental Dra. Helena Monte 10 Panorama dos últimos 10 anos do rastreio da retinopatia diabética na Região Autónoma da Madeira Dra. Carolina Perfeito	
09:30-10:15h	SESSÃO 5 DOENÇA PROFISSIONAL <i>Moderador:</i> Dr. Fernando Mautempo <i>Convidados:</i> Dr. Nuno Esguelha e Dra. Teresa Pinto	
10:15-10:45h	CONFERÊNCIA PREVENÇÃO DA MN B EM PORTUGAL: O PAPEL ESSENCIAL DA MGF <i>Presidente:</i> Dra. Helena Beça <i>Palestrante:</i> Dra. Maria João Brito	
10:45-11:15h	Intervalo	
11:15-12:00h	SIMPÓSIO PROTEÇÃO CARDIOVASCULAR À MEDIDA DO SEU DOENTE <i>Moderadora:</i> Dra. Sílvia Monteiro <i>Palestrante:</i> Dr. Pedro Carreira	
12:00-13:00h	SESSÃO 6 OBESIDADE, DOENÇA CRÓNICA, MULTIFATORIAL E COMPLEXA <i>Moderadores:</i> Dra. Selma Souto e Dr. Rui Cernadas Abordagem nutricional (15 min.) Profa. Doutora Carla Pedrosa Conselhos práticos de exercício físico (15 min.) Prof. Doutor José Themudo Barata Tratamento: Quais as opções? (15 min.) Dra. Selma Souto Perguntas & Respostas (15 min.)	
13:00-14:10h	Almoço	

14:10-14:30h **CONFERÊNCIA CONSENSO DA DISLIPIDEMIA ATEROGÉNICA EM PORTUGAL**

Palestrante: Dr. Alberto Mello e Silva

14:30-15:15h **SIMPÓSIO EMPAGLIFLOZINA: TRATAR A DMT2 E REDUZIR O RISCO CV**

Moderador: Dr. José Pedro Antunes

Palestrantes: Dr. Nuno Cortez Dias e Dra. Selma Souto



15:15-15:45h **CONFERÊNCIA *MEDICAL MOBILE***

Presidente: Dr. Rui Cernadas

Palestrante: Dr. Tiago Castro Lopes

15:45-16:15h **CONFERÊNCIA SEGURANÇA DO DOENTE: ERROS E PRÁTICAS**

Presidente: Dra. Cristina Maia e Costa

Palestrante: Dr. Filipe Basto

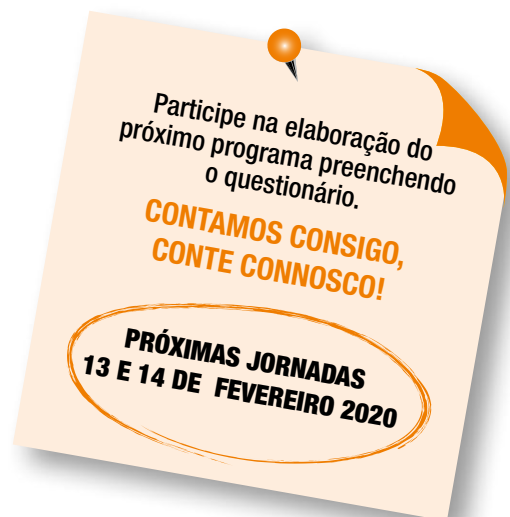
16:15-17:00h **PAINEL OS MÉDICOS E A COMUNICAÇÃO**

Moderadores: Dr. Rui Cernadas e Dr. José Canas da Silva

Intervenientes: Dr. João Carlos Ramos e Dr. Pedro Lopes

17:00-17:30h **Sessão de Encerramento**

Entrega de Prémios para os Melhores Trabalhos





idoso

13º CONGRESSO NACIONAL

27-28|junho|2019

Centro de Congressos
Sheraton Porto Hotel

IMAGEM: AD MÊDIC



Geriatría 2019

A idade & o conhecimento
aliados no futuro



Consulte o Programa

Submissão de Resumos de *Posters*
até dia 15 de maio de 2019

SECRETARIADO

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO

admedic⁺
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.pais@admedic.pt
W: www.admedic.pt

admedic⁺
Tours

T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt | RNAVT 2526

**21****fevereiro****/ 17:00-18:00h****SALA PLENÁRIA****Trabalhos selecionados para apresentação – Sessão 03****E-Poster 01****MAIS DO QUE UMA INFEÇÃO RESPIRATÓRIA:
NEFROPATIA POR IGA**Gonçalves, C.V.¹, Costa, S.P.²¹Interna MGF, USF Mirante, ACES Algarve I – Central,²Assistente MGF, USF Mirante, ACES Algarve I – Central

Introdução: A nefropatia por IgA (N-IgA) ou Doença de Berger é a causa mais comum a nível mundial de glomerulonefrite primária. Esta doença autoimune caracterizada pela deposição no mesângio glomerular de IgA produzida no contexto de infeções agudas (mais comumente do aparelho respiratório superior) é mais frequente nos homens e, geralmente, diagnosticada na 2^a-3^a décadas de vida. As apresentações mais comuns são hematúria macroscópica episódica e micro-hematúria persistente. Apesar de benigna e de evolução lenta, cerca de 40% dos doentes podem progredir para doença renal crónica terminal em 20 anos. Como fatores de prognóstico salientam-se a taxa de filtração glomerular à data do diagnóstico, proteinúria, hipertensão arterial (HTA) e micro-hematúria persistentes. Sem cura conhecida, os objetivos do tratamento consistem em retardar a progressão da doença e evitar complicações como HTA e proteinúria.

Caso clínico: Homem, 54 anos, recorreu pela primeira vez à consulta da sua médica de família (MF) por queixas de rouquidão com recurso a anti-inflamatório não-esteróide (AINE) e hematúria recente. Como antecedentes pessoais, além de fatores de risco cardiovasculares (obesidade e dislipidémia), tinha episódios semelhantes desde jovem, nomeadamente um, há 5 anos, no contexto de amigdalite que cursou também com hematúria e resolveu após antibioterapia. Ao exame objetivo, observaram-se sinais inflamatórios da orofaringe. Concomitantemente a tira-teste urinária revelou hematúria e proteinúria. Fez-se o diagnóstico de infeção respiratória superior e, por suspeita das queixas urinárias se deverem a N-IgA, desaconselhou-se AINEs, sugeriu-se a realização de exames complementares para determinar o grau de afeção da função renal, possíveis complicações e agendou-se reavaliação clínica após um mês.

Na consulta seguinte, o doente manifestava melhoria clínica, já sem alterações urinárias macroscópicas. As alterações dos exames complementares (hematúria microscópica, ligeira albuminúria e “rins de tamanho normal com discreto aumento da refletividade do parênquima” na ecografia renal) apontavam no sentido da suspeita diagnóstica inicial de N-IgA.

No entanto, dois meses depois, recorreu de novo à consulta do dia do seu MF por cefaleia, náusea e pressão arterial (PA) persistentemente elevada (178/87 mmHg), tendo-se automedicado com paracetamol com melhoria da cefaleia. Neste sentido, interpretando-se estas alterações no contexto de HTA secundária a lesão renal da N-IgA, propôs-se auto-medicação da PA, Ramipril 2,5 mg i.d. e reavaliação analítica da função renal, permanecendo o doente, desde então, com PA controlada e com critérios analíticos de estabilização da função renal.

Conclusão: O diagnóstico tardio (aos 54 anos) da N-IgA não permitiu poupar o doente ao desenvolvimento de complicações, nomeadamente HTA secundária a lesão renal. O seguimento longitudinal e de proximidade, caso lhe tivesse sido atribuído MF mais precocemente, poderia ter sido determinante para a precocidade do diagnóstico e implementação de medidas nefroprotetoras e de vigilância com vista à manutenção adequada da função renal. Porém, na situação atual, dada a necessidade de vigilância clínica e analítica da doença e respetivas complicações, reforço das medidas capazes de retardar a progressão para insuficiência renal terminal e referenciação atempada para consulta de nefrologia, um seguimento no contexto da consulta de MGF continua a ter uma importância determinante na prevenção terciária.

E-Poster 02**QUANDO O DESCONHECIDO PARECE AGRESSIVO
– O DESFECHO MAIS IMPROVÁVEL**Andreia Abreu Fernandes, Filipa Tavares de Almeida
USF Lauroé – MGF, Hospital de Braga - Dermatologia

Enquadramento: A Dermatose Terra Firma-Forme (DTFF) é uma causa benigna de pigmentação da pele, não sendo incomum. Pode estar presente em todas as idades, particularmente em adultos jovens e caracteriza-se por manchas ou placas castanhas-pretas, assemelhando-se a sujidade e é assintomática. Pode também ter uma aparência papilomatosa, verrucosa ou reticulada.

As lesões geralmente estão localizadas no pescoço, face, tronco e maléolos, embora possam envolver qualquer área do corpo. Este tipo de lesões não está relacionado com cuidados de higiene precários e são resistentes à lavagem com água e sabão. São mais frequentes nos meses mais quentes do ano.

O diagnóstico de DTFF é feito de acordo com as caracte-

terísticas clínicas, dermatoscopia e teste positivo de limpeza, utilizando o álcool isopropílico/etílico a 70%, sendo também a forma de tratamento.

Descrição de caso: Utente do sexo masculino, 80 anos, caucasiano, com antecedentes de DM tipo 2, HTA e HBP, medicado com metformina 1000 mg, losartan + HCTZ 100 + 25 mg e finasterida 5 mg. Esteve internado em maio de 2018 no serviço de Ortopedia do Hospital de Braga (HB) por fratura da bacia e do olecrânio esquerdo na sequência de queda.

Foi solicitada colaboração à Dermatologia do HB por lesões suspeitas, difíceis de caracterizar na região das duas aréolas mamárias. Ao exame físico tinha placas de tonalidade acastanhada/preta, com superfície rugosa, localizada nas aréolas. À dermatoscopia era possível observar placas poligonais pigmentadas, secas, com disposição à volta dos mamilos.

O diagnóstico de DTFF foi confirmado após a aplicação de álcool etílico 70%, com a resolução da totalidade das lesões.

Discussão: A etiologia da DTFF não é clara. A hipótese mais provável prende-se com o atraso na maturação dos queratinócitos, o que leva à retenção destes e da melanina dentro da epiderme. Não está relacionada com contexto genético ou familiar.

O diagnóstico diferencial inclui acantose nigricans, dermatite neglecta, papilomatose reticulada e confluenta, nevo epidérmico, pitíriase versicolor, queratose seborreica, entre outras. O conhecimento desta entidade nosológica benigna permite que o Médico de Família coloque a DTFF como hipótese diagnóstica das lesões cutâneas, diagnostique e trate corretamente, evitando erros de diagnóstico e subsequente investigação e encaminhamento desnecessários. Para tal, basta recordar que o diagnóstico de DTFF assenta na apresentação clínica e subsequente resolução da lesão após a aplicação de álcool etílico a 70%.

E-Poster 03

QUANDO A FEBRE NÃO PASSA... UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

César Matos¹, António Assunção², Rui Marques³

¹UCSP Azelito, ²USF Viriato, ³Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN), é uma emergência neurológica potencialmente fatal, constituindo um efeito secundário raro do tratamento com antipsicóticos (na maioria dos casos com haloperidol e flufenazina, mais raramente com antipsicóticos atípicos como risperidona, clozapina, olanzapina e quetiapina, ou com metoclopramida e antidepressivos tricíclicos. Apresenta uma incidência entre 0,02 a 3,23% e resulta de uma perturbação da neurotransmissão dopaminérgica central, embora se admita ainda um efeito direto sobre o músculo esquelético. O diagnóstico fundamenta-se em critérios

clínicos e laboratoriais e exclusão de outras condições médicas gerais ou psiquiátricas que melhor expliquem os sintomas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 39 anos, institucionalizada em Unidade de Cuidados Continuados, totalmente dependente nas atividades da vida diárias, habitualmente vigil, reativa a estímulos, não colaborante e com períodos de agitação psicomotora. Enviada ao Serviço de Urgência por dispneia e hipoxemia, tendo cumprido cultura de secreções há 20 dias, com isolamento de *Proteus mirabilis* sensível ao meropenem em úlcera de pressão. Antecedentes pessoais: gastrostomia endoscópica percutânea e cateterismo vesical, degeneração cerebral na infância, epilepsia, infeções urinárias de repetição e colonização por *Carbapenemase de Klebsiella pneumoniae*. Medicação habitual: sertralina 50mg, ácido valpróico 500mg, quetiapina 300mg, risperidona 4mg, lorazepam 2,5mg, diazepam 5mg, haloperidol 2mg, salbutamol +brometo de ipratropio 2,5+0,5, budesonida 200 µg, acetilcisteína 600mg, baclofeno 10mg e fentanil 12.5 µg. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Ao exame objetivo apresentava uma tensão arterial 88/61mmHg e temperatura 38,5°C uma auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base direita, Rx tórax com reforço hilar, analiticamente sem alterações sendo medicada com amoxicilina e ácido clavulânico. Em D2 manteve pico febril (39-40°C) associado a instabilidade hemodinâmica com necessidade de uso arrefecimento periférico e antipiréticos para controlo da febre, tendo iniciado meropenem. Em D4 mantinha febre que não cedia aos antipiréticos, analiticamente não apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos $7.10 \times 10^9/L$, Neutrófilos segmentados 79.3 %, Proteína C Reactiva 1.00 mg/dL), por apresentar expetoração de características purulentas iniciou vancomicina e fluconazol para uma maior cobertura de agentes. Em D7 não apresentou melhoria da febre, mantendo-se clinicamente e analiticamente semelhante. Como diagnósticos diferenciais suspeitou-se de SMN, sendo suspensa toda a medicação sedativa e antibioterapia. A doente apresentou boa evolução clínica com apirexia sustentada sendo o diagnóstico mais provável SMN.

Conclusão: Os antipsicóticos são frequentemente utilizados no atraso do desenvolvimento cognitivo com alterações do comportamento. Os efeitos adversos graves exigem elevado grau de suspeição e rápida intervenção. A severa e prolongada morbidade da SNM sugere a importância do diagnóstico correto da patologia psiquiátrica e considerações cuidadosas para o uso de medicação neuroléptica de depósito, assim como uso de doses mínimas.

E-Poster 04

MUITO MAIS DO QUE LESÕES DA PELE – O DIAGNÓSTICO ESCONDIDO

Andreia Abreu Fernandes, Filipa Tavares de Almeida
USF Lauroé - MGF Hospital de Braga - Dermatologia

Enquadramento: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença auto-imune (AI) complexa cuja causa permanece ainda desconhecida. Mais de 90% dos casos ocorrem em mulheres em idade fértil. Com uma evolução clínica muito variável, esta patologia pode ser exclusivamente cutânea ou ter apresentações sistémicas e compromisso multiorgânico. 70-80% dos casos têm comprometimento cutâneo sendo em 20% dos casos a manifestação inicial.

Descrição do caso: Adolescente do género masculino, 11 anos, caucasiano, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Foi encaminhado à consulta de Dermatologia do Hospital de Braga em outubro de 2014 por lesões eritematosas, localizadas em áreas foto-expostas, de curso flutuante (6 meses de evolução), que surgiram após ter estado a jogar futebol. Ao exame físico observava-se placa eritemato-edematosa na região malar esquerda que poupava sulcos e pequenas placas eritemato-descamativas nos pavilhões auriculares. Fez biópsia cutânea que demonstrou quadro morfológico de Lúpus Eritematoso. O estudo analítico confirmou leucopenia ligeira, ANA 1/80 e proteinúria 24h ligeiramente aumentada. Foi instituído o tratamento tópico com pimecrolimus nas lesões e fotoprotetor SPF 50+, e hidroxicloroquina 200 mg/dia. Houve melhoria do quadro clínico após 3 meses, sendo vigiado anualmente em Dermatologia, Oftalmologia (pelo risco de toxicidade da hidroxicloroquina), Nefrologia e Reumatologia.

Discussão: O LES exige uma avaliação sistémica e multidisciplinar, sendo o diagnóstico obtido com base em dados clínico-laboratoriais e histopatológicos, tendo em conta a presença de 4 dos 11 critérios do *American College of Rheumatology* (ACR). Em 2012, o *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC) validou como critérios de classificação do LES a presença de ≥ 4 critérios (1 clínico e 1 imunológico) ou nefrite lúpica confirmada por biópsia na presença de ANAs ou anti-dsDNA.

Quando existem achados clínicos sugestivos (tríade clássica de febre, dor nas articulações e erupção cutânea) e história familiar de doença AI devemos ponderar o diagnóstico de LES.

O prognóstico varia desde a doença relativamente benigna até à rapidamente progressiva e fatal, em que o curso é mais favorável e a taxa de sobrevivência é maior em pessoas com envolvimento cutâneo isolado e músculo-esquelético, do que com atingimento renal e do SNC. Enfatizar a importância da adesão à terapêutica e vigilância são fundamentais para o prognóstico do LES, assim como a evicção da exposição solar.

E-Poster 05

“MAIS VALE CEDO QUE NUNCA”: O PAPEL DO MEDICO DE FAMILIA NA IDENTIFICAÇÃO DA REACÇÃO DEPRESSIVA BREVE E PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO MAJOR

Sandra Pera, Ana Sequeira
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução: O humor depressivo é um sintoma cardinal dos vários tipos de síndromes depressivas, desde reacções de ajustamento à depressão major propriamente dita.

Segundo a DGS, relativamente a 2015, a doença mental constituiu 11,75% do total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, superando as doenças oncológicas. Atualmente, a perturbação depressiva é definida como: um conjunto de sintomas (psíquicos e somáticos) aliados a manifestações clínicas emocionais (ira, anedonia...) que prejudicam a realização das atividades quotidianas.

A quantidade de doentes deprimidos que não são diagnosticados continua a ser uma grave problemática em Portugal (Fenómeno de Iceberg de Watts), sendo essencial a identificação precoce dos doentes em risco e prevenção da evolução para depressão grave ou depressão *major* (DSM-V).

Caso clínico: Mulher, 34 anos, pertencente a uma família reconstruída, a residir com o atual companheiro e duas filhas, com quem tem relação de proximidade. Durante a consulta de Revisão de Puerpério, comenta com a sua médica de família sintomas de anedonia, cansaço, pensamentos ruminativos, insónia inicial, dificuldade na realização de atividades quotidianas com 3 meses de evolução, despoletados na sequência de afastamento do filho adolescente. Exploração física normal, ligeira labilidade emocional. Apresenta boa dinâmica familiar e bons cuidados à filha recém-nascida. Diagnóstico de suspeita: reacção depressiva breve (CID-10) com sintomas angio-depressivos, não esquecendo o diagnóstico diferencial com depressão pós-parto ou outros relacionados com o puerpério. Devido ao carácter leve da afectação da sua vida quotidiana é aconselhada a desenvolver actividades psicoeducacionais com vista à melhoria do seu estado de ânimo. Estas actividades consistem na elaboração de um “diário” com função de método de escape emocional, bem como um manual (fornecido pelo centro de saúde), que a paciente deve preencher recorrendo a um esquema de cores para registar as variações do seu estado anímico bem como a duração das diversas actividades discutidas na consulta (actividade física, exposição solar, entre outras).

Conclusão: Este caso serve para reforçar a importância da avaliação da Saúde Mental pelo Médico de Família em especial em utentes com fatores de risco. A consulta de Revisão de Puerpério é uma oportunidade para aborda-

gem do estado mental da mãe face às múltiplas transformações físicas e psicológicas. Pode-se interpretar o estado depressivo como reacional a um evento de vida adverso, por se tratar de uma mãe em processo de “luto” por afastamento do filho mais velho.

Considera-se essencial estabelecer uma relação médico-paciente baseada na confiança para que o doente não tenha pudor em pedir ajuda. Neste caso as estratégias psicoeducacionais abordadas foram: Exercício físico adaptado, exposição solar e o papel da melanina na regulação do ritmo circadiano, incentivo a contactos sociais, entre outros.

Consultas periódicas com o médico de família bem como com a equipa de psicologia, elaboração de um diário referindo todos os dias 3 situações positivas vivenciadas (permite um escape emocional para a utente), Manual da Higiene Emocional (tem como objetivo promover a inserção do paciente no seu tratamento bem como auxiliar o médico na reavaliação do plano terapêutico).

Salvaguardar que estas estratégias são dirigidas a casos de transtornos depressivos leves e não são uma rejeição ao tratamento farmacológico que é essencial quando os transtornos adaptativos evoluem para depressão major. Nestes casos, estas estratégias poderão ser utilizadas como adjuvantes da terapia farmacológica.

Sendo o MGF o primeiro contacto do utente com o SNS, é essencial sinalizar pacientes em risco e diminuir o estigma social dos problemas de saúde mental.

E-Poster 06

DO PASSADO ME ESQUECI, NO PRESENTE ME PERDI

Torcatto Moreira Marques, Lourenço Cruz, Valentina Tosatto, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, André Almeida, Rita Barata Moura
Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

As neoplasias da mama são actualmente as mais prevalentes na população feminina em todo o mundo, com incidência crescente nos países desenvolvidos. Metastizam frequentemente para o osso, pulmão, cérebro e fígado.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 71 anos, com história pessoal de diabetes mellitus tipo II, e neoplasia da mama à esquerda, submetida a mastectomia, quimioterapia e hormonoterapia com remissão há cerca de 17 anos antes do episódio actual.

Apresentou-se no seu médico assistente por um quadro com cerca de um mês de evolução de astenia, anorexia não seletiva e emagrecimento não quantificado, acompanhada por desconforto abdominal. Não se objectivou febre, sudorese nocturna ou qualquer outra sintomatologia. Analiticamente objectivava-se bicitopenia e citocolestase. Na revisão de sistemas não se apuraram outras queixas para além das já descritas. Sem alterações relevantes ao exame físico, nomeadamente alterações à palpação mamária ou abdominal. Acaba por ser enviada a consulta de

Medicina Interna na qual foi objectivada a persistência da bicitopenia, sendo realizado esfregaço de sangue periférico que revelou sinais compatíveis com displasia medular, nomeadamente presença de linfócitos estimulados e policromatofilia. Após internamento, ainda que não se verificassem alterações no exame físico mamário, condicionado pela sua obesidade, decidiu-se pela avaliação imagiológica por ecografia mamária que revelou BiRADS 2, à esquerda e direita, compatível com achados benignos. Nenhuma causa infecciosa foi identificada quer clinica ou laboratorialmente.

Tendo em conta as alterações hematológicas persistentes, realizou-se biópsia osteomedular que revelou achados morfológica e imunofenotipicamente, compatível com tumor primário da mama.

Realizou TC-TAP que demonstrou a presença de lesões líticas múltiplas nos ossos pélvicos, coluna lombar, arcos costais, cintura escapular e esterno, confirmando-se posteriormente com cintigrafia óssea que as múltiplas lesões do esqueleto axial e periférico eram compatíveis com quadro de metastização óssea no contexto de neoplasia primária da mama.

Após alta foi submetida a quimioterapia, mas não obstante viria a falecer quatro meses depois do internamento.

O caso relatado ilustra o comportamento imprevisível de algumas entidades oncológicas que podem manifestar recidiva anos ou mesmo décadas após o diagnóstico e aparente remissão. A história pessoal das mesmas não deve por isso deixar de ser tida em conta na apresentação de quadros constitucionais, apesar da ausência de alterações no exame físico.



22 fevereiro

/ 09:00-09:30h

SALA PLENÁRIA

Trabalhos seleccionados para apresentação – Sessão 04

E-Poster 07

DOENÇAS REEMERGENTES – UM CASO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM IDADE PEDIÁTRICA

Beatriz Bernardo, Teresa Dias
USF Albufeira, USF Ria Formosa

Introdução: A tuberculose representa a nível global uma causa inaceitavelmente alta de doença e morte em idade pediátrica. Apesar da redução da prevalência em Portugal, alguns factores como infecção pelo VIH, toxicod dependência, más condições de salubridade e aumento dos fluxos migratórios contribuem para que esta se torne uma doença reemergente. Crianças e jovens são particularmente vulneráveis, com maior risco de doença severa e morte. Um caso de tuberculose nesta faixa etária deve ser considerado um acontecimento sentinela que indica transmissão recente de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) e elevado risco de ser fonte de contágio futuro. O diagnóstico em idade pediátrica é dificultado pelos sintomas inespecíficos, limitações na colheita de amostras e doença paucibacilar.

O Médico de Família (MF), consciente deste problema de saúde pública, do atingimento recente de uma baixa incidência em Portugal e do risco de ressurgimento, revela-se um elemento importante na identificação e encaminhamento de casos suspeitos/expostos, bem como em medidas de educação para a saúde.

Caso Clínico: Adolescente de 15 anos, sexo feminino, raça negra, previamente saudável, pertencente a família monoparental, recorreu a consulta de doença aguda no centro de saúde com queixas de tosse há cerca de 3 semanas. A tosse era inicialmente seca tornando-se na última semana produtiva com expectoração castanho-esverdeada e num episódio raiada de sangue. Referia toracalgia direita de características pleuríticas, sem febre mas com calafrios e suores nocturnos. Negava contexto epidemiológico de contacto com pessoas doentes. Ao exame objectivo apresentava-se apirética e eupneica, com redução do murmúrio vesicular e fervores no hemitórax direito. Realizou radiografia do tórax que revelou imagem arredondada, com nível hidroaéreo no terço médio do pulmão direito. Perante suspeita de abcesso pulmonar foi enviada à urgência pediátrica, onde realizou análises e TAC pulmonar que confirmou a suspeita, ficando internada em quarto de isolamento para antibioterapia dirigida, vigilância e estudo. Realizou análises que incluíram o teste imunológico de

marcador activo de células T (teste TAM-TB), prova tuberculínica, exames micobacteriológicos directos e culturais de expectoração, do lavado broncoalveolar e do suco gástrico. No lavado foi também realizado teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para MT.

Apesar de antibioterapia dirigida ao abcesso pulmonar houve agravamento clínico. Neste contexto e tendo apenas disponíveis teste tuberculínico, testes directos de expectoração e teste TAM-TB para MT Complex positivos assumiu-se o diagnóstico de tuberculose iniciando terapêutica antituberculostática. Após 75 dias de internamento teve alta orientada para o Centro de diagnóstico pneumológico onde foi acompanhada durante 1 ano, constando-se resolução radiológica ao fim de 10 meses.

Conclusão: Numa suspeita de tuberculose pulmonar é fundamental reduzir o tempo até ao diagnóstico e consequentemente a fase bacilífera. Apesar do exame cultural do MT permanecer o *gold-standard*, este é demasiado moroso pelo que muitas vezes o diagnóstico e a decisão de iniciar tratamento dependem da integração de dados epidemiológicos, clínicos, imagiológicos e laboratoriais. O TAM-TB permite ultrapassar a limitação de recolha de amostras adequadas em crianças e jovens.

O reduzido número de casos de tuberculose em idade pediátrica no nosso país leva a que muitas vezes não se coloque esta hipótese diagnóstica a nível dos Cuidados de Saúde Primários, especialmente se, como no caso descrito, não existe história de exposição conhecida. Perante uma suspeita o MF deve iniciar de imediato medidas de controlo da infecção, como por exemplo o uso de máscara cirúrgica pelo doente. Com vista à prevenção, tem também o crucial papel de identificar crianças elegíveis para vacinação BCG e incentivar a sua imunização, assim como otimizar a adesão ao rastreio de contactos na população pediátrica.

E-Poster 08

CEFALEIA – QUANDO VER MAIS ALÉM

Luísa Camacho Fernandes, Sara Carneiro Alves, Sara Ribeiro Gomes
USF Sete Caminhos (ACeS Grande Porto II - Gondomar), USF Corino de Andrade (ACeS Grande Porto IV - Póvoa do Varzim/Vila do Conde), USF Amanhecer (ACeS Grande Porto II - Gondomar)

Introdução: A cefaleia apresenta-se como uma queixa muito frequente na prática clínica dos Cuidados de Saúde Primários. Existem sinais e sintomas que tornam uma

simples cefaleia em algo mais grave, como a existência de alterações visuais, que servem como guias de orientação para a abordagem de uma cefaleia, nomeadamente no que diz respeito à gravidade e necessidade de uma avaliação mais exaustiva. O Médico de Família, enquanto primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, encontra-se numa posição privilegiada para detectar atempadamente patologias menos frequentemente observadas na Medicina Geral e Familiar.

Caso clínico: Relata-se um caso de um homem de 38 anos, que apresenta como antecedentes pessoais obesidade (IMC 39,8 kg/m²), já submetido a sleeve gástrico em agosto de 2017, sem perda ponderal significativa, e síndrome depressivo medicado com fluoxetina 20 mg e mexazolam 1 mg. Recorreu a consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar por quadro de hemianópsia bitemporal, associada a cefaleias temporais, mais intensas à direita, e ocasionalmente occipitais. Adicionalmente, refere queixas de disfunção eréctil, com agravamento nos últimos 6 meses. Ao exame objectivo apresentava hemianópsia bitemporal, mais marcada à direita, sem outras alterações de relevo. Neste contexto, foi decidida orientação urgente para consulta hospitalar de Neurocirurgia, tendo posteriormente realizado RMN cerebral, que revelou craniofaringioma. Foi intervencionado cerca de 1 mês após o diagnóstico. Atualmente, mantém algumas queixas visuais, apesar da redução do volume tumoral, apresentando também pan-hipopituitarismo, encontrando-se a efetuar reposição hormonal.

Conclusão: O craniofaringioma é um tumor epitelial não glial benigno extra-axial do sistema nervoso central (SNC) raro, com uma incidência de 0,5 a 2 casos por 1 milhão de pessoas por ano. Este tumor surge geralmente dentro do espaço selar/suprasselar, mais frequentemente localizado junto ao quiasma óptico. Tem vindo a ser demonstrada uma distribuição etária bimodal, com pico nas taxas de incidência em crianças entre os 5 e os 14 anos e em adultos dos 50 aos 74 anos. O diagnóstico é geralmente tardio, por vezes anos depois do aparecimento inicial dos sintomas. A gravidade das manifestações depende da localização, tamanho e do crescimento tumoral. A proximidade e pressão exercida pelo tumor sobre as estruturas adjacentes originam os sintomas mais comuns, entre eles manifestações inespecíficas de hipertensão intra-craniana (cefaleias e náuseas), alterações visuais (62-84%) e défices endócrinos (52-87%). Apesar de apresentar elevadas taxas de sobrevivência (92%), é frequente o surgimento de recorrência ou progressão da doença. Apesar de ser um tumor benigno e curável por cirurgia, dada a relação anatómica próxima com estruturas importantes a nível cerebral, o seu tratamento introduz, por vezes, o risco de morbilidade a longo prazo. Atualmente, a estratégia mais comumente utilizada é a ressecção subtotal con-

servadora, seguida de radioterapia. Assim, é crucial que os craniofaringiomas sejam abordados frequentemente como uma doença crónica, de forma a providenciar os melhores cuidados e qualidade de vida a estes doentes.

E-Poster 09

ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE UM GRUPO DE DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL

Helena Monte, Nivaldo Marins
USF Ramalde, Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Introdução: A Organização Mundial de Saúde define saúde mental como um completo bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para a comunidade em que se insere.

Sabe-se que em todo o mundo 12% das patologias são do foro mental/ psiquiátrico, mas nos países desenvolvidos essa percentagem sobe para os 23%. São patologias causadoras de incapacidade e dependência graves quando inadequadamente tratadas.

Em relação à esquizofrenia afeta cerca de 1% da população e os estudos apontam para um perda de 10-25 anos de vida nos doentes esquizofrénicos em comparação com a população em geral. As taxas de mortalidade nestes doentes parecem apontar como principais causas as doenças cardiovasculares e o suicídio.

Objetivos: O objetivo do trabalho era caracterizar um grupo de doentes internados numa ala psiquiátrica de um hospital em relação às suas variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão e naturalidade) e patologias clínicas. Nesta área foi caracterizada não apenas a patologia psiquiátrica e os fármacos utilizados por cada paciente, mas também todas as outras patologias codificadas nestes pacientes no seu processo clínico.

No final pretendia-se perceber quais as patologias não psiquiátricas mais prevalentes na população internada em 2 enfermarias de um hospital psiquiátrico, de modo a adaptar os cuidados prestados nesta população.

Material e métodos: Os dados foram colhidos do processo clínico em papel dos doentes internados em 2 enfermarias de um hospital psiquiátrico. Os dados foram colhidos durante os meses de novembro e dezembro de 2017 e depois tratados e analisados no programa Microsoft Office Excel.

Resultados: Após a colheita de dados obteve-se um total de 78 doentes, mas 6 foram excluídos por informação insuficiente. A população estudada era na sua totalidade do sexo masculino e com uma média de idade de 55 anos.

A maioria dos doentes eram solteiros (86%). O grupo em estudo pertencia maioritariamente à zona norte do país, com 10% da população estudada proveniente de países estrangeiros.

Em relação à patologia psiquiátrica obtivemos uma maio-

ria de doentes esquizofrénicos (63%), seguidos de debilidade mental (15%) e abuso de substâncias (15%). A média de idade de início dos sintomas da patologia psiquiátrica era de 29 anos.

Um dos aspetos deste trabalho era perceber as patologias não psiquiátricas que afetavam estes doentes. Os estudos demonstravam que as doenças cardiovasculares são o problema mais frequente, o que realmente se verificou nesta população. 57 doentes tinham algum problema cardiovascular registado no processo clínico, seguido dos problemas gastrointestinais e do aparelho urinário/renal. Um dos problemas também com que nos deparamos foi a polimedicação e as interações medicamentosas. Os doentes internados tinham em média 7 fármacos prescritos para controlo das suas patologias.

Conclusões: Concluímos então que os doentes internados nas duas enfermarias estudadas de um hospital psiquiátrico sofrem de patologia cardiovascular. Por isso, é necessário um vasto conhecimento na área para a gestão dos fatores de risco cardiovasculares nesta população. Estes pacientes exigem elevados custos na gestão da sua doença e com necessidade de vigilância apertadas, pois são doentes de alto risco cardiovascular. A gestão da medicação crónica também deverá ser um ponto a ter em consideração nestes doentes, apesar de sabermos que são doentes com patologia psiquiátrica de difícil controlo e, por isso, com necessidade de vários fármacos.

E-Poster 10

PANORAMA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DO RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Carolina Perfeito¹, Rui Pereira², Silvestre Abreu³

¹Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas, ACES Madeira,

²Serviço de Oftalmologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, ³Serviço de Endocrinologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A prevalência da diabetes é de 13.3% na população portuguesa, segundo dados do observatório nacional da diabetes em 2016. A retinopatia diabética é uma complicação microvascular da diabetes, sendo a principal causa de cegueira na idade ativa nos países ocidentais, assim sendo, torna-se fundamental um rastreio precoce da mesma, pois cursa com custos mais baixos para a saúde comparativamente com o diagnóstico da doença em fase avançada, pelos tratamentos mais agressivos que são administrados ao doente.

Objetivos: Mostrar se existe adesão ao rastreio da retinopatia diabética na Região Autónoma da Madeira (R.A.M.), qual o impacto deste rastreio nos doentes diabéticos, o que tem melhorado e o que podemos melhorar no rastreio.

Material e métodos: Os dados estatísticos apresentados são do intervalo de tempo entre 2007 a 2017 e foram fornecidos pelo centro de leitura de retinografias, serviço de

Oftalmologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça e pelo departamento de estatística do S.E.S.A.R.A.M. – E.P.E.

Resultados e conclusões: O número de diabéticos na RAM tem vindo a aumentar nos últimos 10 anos, estando de acordo com o panorama internacional. O rastreio iniciou-se no ano de 2007 e desde então apresenta um aumento de utentes convocados de 116% até 2017, a adesão ao mesmo em 2017 foi de 68,5%, embora tenha aumentado mantém-se dentro da média dos últimos 10 anos. Segundo os dados apresentados, a percentagem de doentes seguidos na consulta hospitalar de oftalmologia tem decrescido, assim como a percentagem de doentes com as formas mais graves da doença.

Nestes 10 anos a alteração do retinógrafo, com uma imagem melhorada, que reduziu os falsos positivos, e a informação ser encaminhada via internet e não por disquetes, tornou o processo mais célere e com menos consumos de meios hospitalares. Mas ainda há que melhorar no sentido de maior colaboração entre os oftalmologistas e os médicos de família, no sentido de motivar o doente a participar nos rastreios anuais, o que leva a um melhor controlo dos fatores sistémicos e ajudar a entender o mesmo que o sucesso terapêutico também depende do próprio.

O bom controlo metabólico é fundamental para um atraso na progressão das complicações da diabetes, mas um rastreio da retinopatia diabética otimizado e com boa adesão providencia uma prevenção adequada, que se traduz em um grande impacto na vida do doente, nomeadamente na prevenção da cegueira.



E-Poster 11

COMPLICAÇÕES PULMONARES AO USO DE CANÁBIS. RELATO DUM CASO

Marta Nazha, Catarina Godinho, Luís Filipe Machado, Cristina Branco
USF São Filipe (ACES Arrábida-ARSLVT)

Introdução: A canábis é a droga ilegal mais usada no mundo, com uma prevalência de consumo entre 2,5-5%. Os componentes da combustão da canábis são similares àqueles produzidos pela combustão do tabaco e a inalação do fumo da substância afecta o tracto respiratório. O uso continuado de canábis por si só pode causar obstrução das vias aéreas e desenvolver doenças pulmonares graves.

Caso clínico: Homem de 38 anos, fumador diário de canábis desde há 20; em março de 2018 recorre ao Centro de Saúde para consulta de rotina. Nos AP relevantes história de asma em terapia com formoterol em SOS. Trabalhou em ambientes com exposição passiva ao fumo de tabaco durante 7 anos. Refere odinofagia e roncopatia, sem outros sintomas. Ao EO salienta-se lábios ligeiramente cianóticos, Sat.O2 99% em aa, AP com hipofonese global mais acentuada á direita. Medicado com antibiotico terapia e broncodilatador, volta em maio com o resultado dos exames complementares de diagnóstico pedidos, mantendo odinofagia com rouquidão associados com tosse e expectoração branca. Ao Rx do tórax: ligeira acentuação broncovascular perihilar bilateral com nítidos sinais de cisurite a direita. Por manter os mesmos sintomas, com Rx pulmonar duvidoso, pede-se TC pulmonar. Em junho de 2018 volta com resultado do TC Pulmonar, que descreve “Desvio do mediastino para a esquerda por lesão expansiva do lobo superior do pulmão direito. Compressão extrínseca sobre a árvore bronquica central do lobo superior do pulmão direito. Moderada insuflação pulmonar com ligeiras lesões de enfisema centrilobular no lobo superior do pulmão esquerdo. No lobo superior do pulmão direito identifica-se distrofia bolhosa com a bolha de maior dimensão medindo 16 cm e condicionando compressão sobre o mediastino e hilo pulmonar direito, com atelectasia compressiva de parenquima adjacente do lobo superior do pulmão direito, assim como do segmento apical do lobo inferior do mesmo pulmão.” Foi referenciado urgentemente a Pneumologia, onde foi realizado estudo pré-operatório ficando em espera para realizar cirurgia de bullectomia. Em setembro de 2018 recorreu ao Centro de Saúde por quadro de dor na base do hemitórax direito, ansiedade e dispneia. Ao EO apresentava Sat O2 92% em aa e auscultação pulmonar com som anfórico, mais audível na base

direita. Foi enviado ao SU do Hospital de referência onde lhe foi diagnosticado Pneumotorax secundário á direita. Ficou internado e após 5 dias teve recidiva do pneumotorax, pelo que foi submetido logo a ressecção em cunha de bolha gigante com pleurectomia e talcagem. Pós-operatório sem intercorrências, iniciou o programa de reabilitação respiratoria, deixou de fumar e mantém estabilidade entretanto do ponto de vista respiratório.

Conclusão: Segundo os últimos dados da literatura foi descrita uma variedade de sintomas ligados ao uso de canábis, incluindo sibilos, dispneia, tosse produtiva e outros sintomas. Os consumidores de canábis usualmente são mais jovens, com menor tempo de consumo da droga em relação aos do tabaco, mas usualmente a marijuana é fumada sem filtros, o que determina maior deposição de carcinógenos, embora não existem estudos suficientes que demostrem relação com o desenvolvimento de carcinoma pulmonar. Em particular, foram descritos casos de enfisema bolhoso, DPOC e também de pneumotórax espontâneo. Como se pode notar da descrição do caso, vários são os pontos a discutir. Se por um lado é fundamental o papel do médico de família no âmbito da prevenção, por outro a colheita duma história clínica completa, com pesquisa de informações em relações aos hábitos, pode fazer a diferença, completada por um exame objetivo rigoroso, mesmo numa consulta de rotina em adultos aparentemente saudáveis. Sobre este tema, ainda há pouco em literatura, pelo que seria fundamental partilhar as experiências e incrementar a comunicação entre as diferentes especialidades, incentivando em conjunto medidas preventivas, com o fim de informar e educar os utentes sobre o tema.

E-Poster 12

O TOQUE NÃO ENGANA – UM CASO DE CARCINOMA DA PRÓSTATA

Elza Machado, Pedro Vaz Silva
UCSP de Portimão - Extensão de Alvor USF Descobrimentos

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia sólida maligna mais comum no género masculino, constituindo a segunda causa de morte por cancro, cuja prevalência aumenta com a idade. O diagnóstico do cancro da próstata tem por base três elementos essenciais: o toque rectal, o doseamento sérico do PSA total (prostate specific antigen) e a ecografia prostática. O diagnóstico definitivo, porém, só é possível mediante a confirmação histopatológica em fragmentos de tecido prostático recolhidos por biópsia

prostática ou ressecção cirúrgica.

Caso clínico: Homem de 71 anos, caucasiano, casado, reformado, natural e residente em Portimão. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial sem complicações, excesso de peso, gonartrose bilateral e pólipos do cólon (adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau, excisado em 2017). O doente estava habitualmente medicado com olmesartan medoxomilo + hidroclorotiazida, 20 mg + 12,5 mg.

Em julho de 2017 recorreu a consulta com o Médico de Família, apresentando queixa de noctúria e diminuição da força do jacto urinário, com IPSS (*International Prostatic Symptom Score*) = 5 e QoL (*Quality Of life*) = 3. Foram propostas alterações de estilo de vida e solicitados exames complementares de diagnóstico, a destacar PSA total com resultado de 3,48 ng/mL a 30/08/2017 e ecografia da próstata realizada a 07/09/2017 revelando uma próstata com 25 mL de volume, de contorno regular e sem nódulos. Por iniciativa própria, o doente iniciou seguimento em consulta de Urologia em instituição hospitalar privada, tendo sido solicitados, entre outros exames, uretrrocistoscopia flexível realizada a 27/04/2018 cujo resultado foi hiperplasia benigna da próstata obstrutiva com bexiga de esforço, e PSA total com resultado de 2,83 ng/mL a 20/06/2018. Foi proposta ressecção transuretral da próstata, que o paciente aceitou, e que decorreu na mesma instituição em agosto de 2018. O estudo anatomo-patológico da peça operatória revelou adenocarcinoma da próstata com Gleason 9 (4+5), com evidência em estudos de imagem e PET (*Positron Emission Tomography*) de envolvimento das vesículas seminais, atingimento ganglionar da cadeia ilíaca externa esquerda e do osso ilíaco esquerdo. Subsequentemente iniciou tratamento hormonal com acetato de leuprorrelina semestral, mantendo o acompanhamento em instituição de saúde privada. Em novembro de 2018 teve consulta de oncologia em outra instituição privada tendo sido proposto o início de radioterapia. Dados os custos associados ao tratamento recomendado, o doente solicitou ao Médico de Família em dezembro de 2018 a referência para consulta de Urologia no CHUA (Centro Hospitalar Universitário do Algarve) - Portimão. Em janeiro de 2019 decorreu a consulta de Urologia no Hospital da área de referência salientando-se ao toque retal próstata substancialmente aumentada de volume, endurecida e multinodular. Neste contexto, foi reajustada a terapêutica hormonal, com associação de bicalutamida e feita a referência interna para consulta de Oncologia – Decisão Terapêutica.

Conclusão: Este caso clínico é particular pelo achado incomum de um tumor com comportamento agressivo, já localmente avançado e com metastização óssea e ganglionar, em associação com PSA total e ecografia da próstata insuspeitas, tendo sido apenas o toque retal sugestivo

de neoplasia maligna da próstata. Pretende-se com este caso clínico realçar a importância e incentivar a realização sistemática do toque retal na avaliação inicial destes doentes, para além do doseamento do PSA e da realização da ecografia da próstata, de modo a referenciar atempadamente para biópsia prostática e assim promover o diagnóstico do cancro da próstata no estadio mais precoce possível.

E-Poster 13

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: PARA MELHOR CUIDAR, APRENDER A REFERENCIAR

Joana Silva Peixoto, Mariana Vieira Martins
USF Mais Saúde, USF UarcoS

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença crónica altamente prevalente, afetando cerca de 5-10% da população geral, pelo que é considerada a principal perturbação do sono. Pelo carácter progressivo e afeção na qualidade de vida é considerada um problema de saúde pública sobre o qual é importante intervir.

O diagnóstico desta entidade é feito através de estudo do sono que atualmente não é participado quando requisitado através dos cuidados de saúde primários (CSP). Neste sentido, nas situações em que a suspeita de SAOS é elevada, há necessidade de referência à consulta hospitalar de pneumologia para a realização deste MCDT. Todavia, com o aumento da prevalência da SAOS verificado nas últimas décadas, e o conseqüente incremento dos pedidos de referência à consulta de pneumologia, a capacidade de resposta dos cuidados hospitalares encontra-se limitada. Deste modo, a priorização dos pedidos de referência é premente; assim, o médico de família deve discriminar determinados parâmetros clínicos, que se revelam essenciais ao médico triador na otimização do agendamento, e inerentemente na minimização da morbimortalidade a ela associada.

Objetivos: Principais: Avaliar a qualidade dos pedidos de referência à consulta de pneumologia; - Elaborar um manual de boas práticas, a divulgar nos CSP da unidade local de saúde. Secundários: Definir critérios de qualidade de referência; - Analisar os pedidos de referência à consulta de pneumologia.

Material e métodos: De modo a responder aos objetivos propostos, definiram-se como critérios de qualidade a discriminação das seguintes variáveis no pedido de referência: sintomas, profissão, condução, FRVC (tabagismo, IMC, tensão arterial), antecedentes pessoais e medicação habitual. Analisaram-se individualmente todos os pedidos de referência efetuados a consulta de pneumologia, por suspeita ou diagnóstico de SAOS, entre julho de 2017 e agosto 2018. Avaliou-se ainda a origem de referência destes doentes, tendo-se excluído aqueles que provinham

de outra consulta hospitalar ou que já tinham diagnóstico prévio de SAOS.

Resultados e conclusões: Durante os 14 meses de estudo foram realizados 1980 referências a consulta de pneumologia – cerca de metade (44,6%) por SAOS. Destes, 17,4% provinham de consultas hospitalares e 17,3% já tinham o diagnóstico de SAOS, pelo que foram excluídos, tendo-se obtido um n final de 584. Relativamente às variáveis discriminadas nos pedidos de referência o parâmetro dos sintomas foi inquestionavelmente aquele que se destacou, tendo sido mencionado em 89,2% das referências. No total, foram reportados 1090 sintomas (média de 2.1/utente), sendo os principais a roncopia, a apneia, e a sonolência. Não obstante 63 pessoas foram referenciadas sem menção a qualquer tipo de sintomas. Em cerca de metade das referências foram citados o IMC e os antecedentes pessoais – 49,2% e 40% respetivamente. Seguem-se a medicação habitual (26,7%), a tensão arterial (22,6%), tabagismo (17,0%), profissão (10,3%), e condução (8,4%).

Com base nestes resultados é inquestionável que os pedidos de referência à consulta de pneumologia por suspeita de SAOS estão longe de estar otimizados, pelo que a realização deste trabalho se revelou de enorme importância. Com a elaboração de um manual de boas práticas pretendemos, ao facultar algoritmos de decisão, aspetos clínicos de suspeição, informações úteis na interpretação de relatórios de ventiloterapia e de renovação da carta de condução, melhorar a abordagem inicial e orientação da SAOS pelos CSP.

Dado o elevado número de solicitações a priorização é fundamental, uma vez que se sabe que um diagnóstico atempado e consequente tratamento se manifestam com ganhos francos na qualidade de vida e na saúde dos utentes, fazendo jus ao lema “para melhor cuidar, aprender a referenciar”.

E-Poster 14

TULARÉMIA – RELATO DE CASO

Daniela Oliveira, Joana Fernandes, Cláudia Rede Leão, Gwladys Louro

USF Planície - ACES Alentejo Central

A tularémia é uma zoonose causada pela bactéria *Francisella tularensis*. As principais vias de transmissão desta doença são: contacto direto com tecidos ou fluidos de animais infetados, picadas de artrópodes vetores, ingestão de água ou alimentos contaminados e via inalatória. De acordo com a sua apresentação clínica podem ser definidas várias formas desta doença: ulceroglandular, glandular, oculoglandular, orofaríngea, pneumocócica, tífica e séptica. O período de incubação é geralmente de 3 a 5 dias após os quais surgem sintomas inespecíficos comuns às várias formas da doença – febre, cefaleias, arrepios,

mialgias, odinofagia, mal-estar geral. O diagnóstico laboratorial pode ser feito por testes serológicos, PCR ou isolamento do agente em cultura. O antibiótico de primeira linha para o tratamento é a estreptomicina, via intramuscular, na dose de 7,5-10 mg/kg de 12 em 12h, durante 7 a 14 dias.

Doente do sexo masculino, 70 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata, síndrome vertiginosa e SAOS. Recorre à consulta aberta por mialgias, principalmente dos membros, astenia, diminuição do apetite e febre com mais de 1 semana de evolução. Refere que 5 dias antes do início das queixas frequentou um concurso de pesca no campo e nesse dia notou uma picada de inseto. Exame objetivo sem alterações de relevo. Pedido estudo analítico. Volta na semana seguinte com agravamento das queixas e resultado das análises pedidas. Observa-se um agravamento do estado do doente com dificuldades na marcha. As análises revelam aumento da fosfatase alcalina (129 U/L), GGT (153 U/L) e velocidade de sedimentação (120 mm/h), bem como reação de Widal duvidosa. Perante o agravamento do quadro clínico e resultados analíticos opta-se por encaminhar o doente ao Serviço de Urgência, sendo internado no Serviço de Medicina Interna. Após o internamento são realizados mais exames complementares de diagnóstico e inicia terapêutica empírica com doxiciclina 100 mg 12/12h. Dos exames realizados destaca-se serologia positiva para *Francisella tularensis*. Admite-se uma provável tularémia e inicia terapêutica dirigida com estreptomicina intramuscular, inicialmente 2g e posteriormente 1g, durante 12 dias. Após início deste antibiótico verificou-se uma melhoria clínica e laboratorial, com diminuição dos marcadores de infeção. Alta após 1 mês de internamento com seguimento em consulta de Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar.

A tularémia é uma doença pouco frequente e com apresentações clínicas variadas, o que dificulta o seu diagnóstico. Não obstante, é uma doença que não deve ser esquecida, permitindo, assim, um rápido e correto diagnóstico e subsequentemente um tratamento dirigido atempado.

E-Poster 15

Retirado

E-Poster 16

DEZ CONSULTAS POR DOR TORÁCICA

Catarina Patrão Correia, João Dias Ferreira, Maria José Guimarães, Marta Marquês, Joana Bragança

USF Cova da Piedade

Enquadramento: Numa era em que se exigem cada vez mais respostas e soluções ao médico de família (MF), é fundamental aprender a gerir a incerteza na prática médi-

ca e reconhecer que esta estará implícita no nosso dia a dia. Apresenta-se um caso de gestão de incerteza baseada na relação médico-doente.

Descrição do caso: AP, 64 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicado em conformidade, status pós cirurgia gástrica por úlcera péptica, status pós hemilobectomia esquerda dez anos antes por bócio volumoso (resultado histológico compatível com bócio multinodular com células de Hurthle), status pós cirurgia de remoção de lipoma testicular. O doente recorreu à consulta aberta da MF referindo dor na grelha costal à esquerda com início após a realização de um ECG – objetivava-se a presença de um hematoma sobre o arco costal, dor à palpação e com a inspiração, sem crepitações ou alterações na auscultação pulmonar. Foi prescrita terapêutica analgésica e explicadas as medidas de alívio sintomático. Pela persistência da dor, embora com resolução do hematoma, foi pedida uma radiografia de tórax que revelou: “alteração da morfologia na vertente externa do 6º arco costal esquerdo em provável relação com seqüela traumática já evidenciando calo ósseo”, que o doente relacionava com uma lesão traumática antiga nessa região. Em 5 meses, as queixas de dor agravaram progressivamente, motivando o doente a recorrer sete vezes à consulta aberta, sendo observado por diferentes médicos da sua unidade de saúde. Na décima consulta (10 meses após o início do quadro), pela manutenção das queixas, a MF pediu uma TAC torácica que evidenciou “lesão com características de malignidade” no arco costal referido. Foi então realizado estudo imagiológico e analítico complementar, tendo em conta as etiologias mais prováveis, nomeadamente: exclusão de mieloma múltiplo, neoplasia da próstata, rim, tireoide e pulmão. Estes exames solicitados não revelaram alterações nem evidenciaram outras lesões semelhantes disseminadas. O doente foi referenciado para a consulta de hematologia com proposta de biópsia da lesão que realizou 10 semanas depois mas revelou-se inconclusiva. Foi feita recessão completa do 6º arco costal e o seu estudo histológico revelou tratar-se de uma metástase de tumor folicular da tireoide. Dados os antecedentes pessoais, foi pedida a revisão das lâminas do lobo esquerdo da tireoide que revelaram tratar-se de variante oncócica de carcinoma folicular da tireoide.

Discussão: Neste caso, havia uma correlação entre os antecedentes pessoais do doente e o quadro clínico, que tranquilizou a MF. O resultado histológico da primeira hemilobectomia também era tranquilizador. Contudo, havia que valorizar a alteração no comportamento do doente que era habitualmente pouco frequentador. A gestão da incerteza pela MF baseou-se na relação médico-doente construída e no conhecimento do contexto do mesmo que, em última análise, tiveram um papel fundamental na resolução deste caso.

E-Poster 17

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Carvalheiro, Ana Luísa Marcelino, Nelson Pena Milagre
USF Ouriceira

Introdução: Define-se febre de origem indeterminada (FOI) como temperatura axilar superior a 38,3°C em diversas ocasiões, com duração de pelo menos 2 a 3 semanas, não tendo sido estabelecido diagnóstico após investigação dirigida. As etiologias mais frequentes são infecciosas, seguidas de neoplásicas e reumatológicas.

Caso clínico: Homem, 51 anos, natural da Rússia. Pedreiro de profissão. Solteiro, vive sozinho, sem filhos.

Na primeira consulta na USF, em março de 2011, encontrava-se em seguimento no Hospital Curry Cabral por FOI. Ao consultar os registos desse ano verificou-se hemograma e bioquímica sem alterações. Os marcadores de lesão hepática encontravam-se ligeiramente aumentados GGT – 106 U/L, AST – 67 U/L, ALT – 37 U/L. Tinha IgG de hepatite A positivo, mas IgM negativo. Serologias de hepatite B negativas. Teve alta da consulta em dezembro de 2011 por melhoria sintomática.

No período de agosto a dezembro de 2012 teve sucessivos episódios de infeções respiratórias superiores, sem febre. Em janeiro de 2013 regressa à consulta por febre com 8 dias de evolução. Foi referenciado para infecologia no Hospital de Santa Maria onde foi submetido a nova investigação, também inconclusiva. O quadro manteve-se durante 2 meses, ao fim dos quais a febre remitiu esporadicamente. Teve alta desta consulta.

Em 2017 esteve no seu país Natal onde teve quadro de febre, sendo diagnosticado de CMV.

Voltou a recorrer à consulta na USF em janeiro de 2018 com novo quadro de febre na ordem dos 38,5°C, que cedia com paracetamol. Verificou-se perda ponderal total de 13kg no período de 2012 a 2018. Negava tosse, dispneia, vômitos, diarreia, alterações urinárias, outros sintomas ou queixas. Foi medicado com antipirético e anti-inflamatório e iniciou-se nova investigação.

A radiologia torácica foi normal, pelo que se descartou tuberculose. Marcadores de hepatite C e A negativos. Serologias HIV e toxoplasmose negativos, imune a CMV, monospot teste negativo, urocultura negativa.

Verificou-se elevação dos marcadores de lesão hepática (AST, ALT, GGT), aumento da PCR e da VS. Os anti-Hbs positiveram (eram negativos em 2011) e doente negou ter sido vacinado.

Colocou-se a hipótese de se tratar de hepatite B, pelo que se pediu restantes marcadores de VHB para confirmação. Adicionalmente pediu-se serologias de sífilis, riquetsiose e ecografia abdominal.

Ecografia abdominal - calcificação com 4 mm no segmento

IV, residual. Sem outras alterações. VDRL – negativo. GGT 225, normalização de AST e ALT. Objetivou-se anti-HBc IgG positivo e confirmou-se a positividade de anti-Hbs.

Conclusão: O achado de Anti-Hbs positivo associado a IgG anti-Hbc também positivo indica infecção prévia por VHB, explicando a evolução clínica e analítica do doente. O doente foi referenciado para estudo em consulta de infeciologia.

Um dos aspetos mais importantes da avaliação de um doente com FOI é a colheita de uma boa história clínica. Indagar acerca de dados que por vezes damos como adquiridos - como a vacinação no presente caso – foi fundamental para a suspeita diagnóstica.

E-Poster 18

Retirado

E-Poster 19

HOMEM CORCUNDA: UM CASO DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE E OSTEOPOROSE

Catarina Ferreira Silva, Vera Vieira Rocha, Pedro Abreu
UCSP S. Tiago Saúde, ACeS Beira Interior Sul Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE

Enquadramento: A Espondilite Anquilosante (EA) é uma espondiloartropatia inflamatória crónica que afeta principalmente a coluna, causando dor e limitação na mobilidade, o que leva a uma menor qualidade de vida (QV). Afeta 10-20/100.000 pessoas, associando-se ao gene HLA-B27 em 85-95% dos casos. O diagnóstico deve ser precoce. Geralmente é clínico, com ajuda de imagiologia da bacia e coluna vertebral, apoiado pela tipagem genética do HLA-B27, se positiva. Existem escalas que permitem avaliar a atividade da doença e capacidade funcional do doente. Apesar de atualmente não haver cura, existem fármacos eficazes e técnicas de reabilitação que aliviam a dor, evitam deformações e melhoram a mobilidade e QV.

Descrição do caso: Homem, 51 anos, inserido numa família unitária, fase I do Ciclo de Duvall, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Foi encaminhado a Unidade de Reumatologia pelo Médico de Família por dorso-lombo-sacralgias crónicas, de ritmo inflamatório, com limitação funcional marcada. Apresentava hiperflexão cervical e do tronco, teste da Flecha de 35cm, distância mento-esterno superior a 5cm e dedos-solo superior a 20cm, expansibilidade torácica reduzida, marcha cambaleante, dor inicial de 8 na Escala Numérica. Analiticamente com elevação moderada de VS e PCR, HLA-B27 positivo. Imagiologicamente com sacroileíte grau IV bilateral, acentuação da cifose dorsal, sindesmofitose lombar, fratura de 3 vértebras. Diagnosticado com Espondilite Anquilosante. Escalas BASDAI 9.4, BASFI 9.5 e ASDAS em doença ativa. Foi medicado com Anti-inflamatório não esteróide (AINE) e realizou programa de fisioterapia. Por falência da terapêu-

tica instituída, iniciou terapêutica biológica, com melhoria franca da sintomatologia e QV.

Discussão: A EA provoca dor, limitação funcional e perda de QV, que podem ser atenuados se existir um diagnóstico precoce e controlo da doença. Torna-se essencial que o Médico de Família se encontre capacitado para suspeitar deste diagnóstico, procedendo de forma adequada e atempada para não se verificarem as alterações evidenciadas neste caso.

E-Poster 20

INFESTAÇÃO DA MENTE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME DE EKBOM

Pedro Rocha Alves, Filipa Araújo, Ana Pacheco
USF Forte, USF Lavradio, USF Amora Saudável

Introdução: A síndrome de Ekbom ou parasitose delirante é uma psicose monossintomática rara do tipo somático (DSM-5) na qual o doente tem a convicção de estar infestado por parasitas. É mais comum em mulheres idosas, viúvas ou solteiras ou que vivem sozinhas. O achado mais típico é o sinal da caixa de fósforos que consiste na apresentação de amostras dos alegados parasitas num recipiente pequeno. Os médicos de família e os dermatologistas são os profissionais de saúde a quem mais recorrem estes doentes.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, doméstica, casada, natural de Penela, residente no Forte da Casa com o marido. Antecedentes pessoais de perturbação depressiva em remissão completa e síndrome do cólon irritável. Sem hábitos tabágicos e etanólicos. Sem medicação habitual. Antecedentes familiares irrelevantes.

História de prurido generalizado com 2 meses de evolução tendo inicialmente recorrido à Dermatologia e sido medicada com hidroxizina sem sucesso. Posteriormente em consulta do neto refere ‘bichos que saem do ânus e entram na vagina’ causando prurido anal nocturno. Sem contexto epidemiológico. Medicada com albendazol sem sucesso. Recorreu novamente ao centro de saúde por exacerbação das queixas então com teor de delírio de infestação (‘tenho ovos em todo o corpo’, ‘eles estão a comer-me viva’, ‘os bichos saem-me de entre os dedos dos pés e espalham-se por todo o corpo’, ‘já comprei muitos cremes, deitei foram muitos pares de sapatos e tomo banho 2 vezes de manhã, mas isto continua’), sem crítica. Trouxe consigo um frasco de vidro com dois pedaços de papel higiénico e mostrou fibras de roupa entre os dedos dos pés afirmando que eram parasitas. Neste mesmo dia foi contactada a filha da paciente e esta enviada ao serviço de urgência sob o pretexto de ir analisar os parasitas, tendo sido observada e medicada pela Psiquiatria.

Conclusão: Apesar da sua baixa incidência, o médico deve estar alerta para a síndrome de Ekbom na população mais idosa, principalmente quando existem queixas de prurido

e infestação na ausência de lesões cutâneas. O reconhecimento desta perturbação evita a prescrição injustificada de fármacos, que está associado a um fortalecimento da crença delirante. Para além disso, o enquadramento privilegiado do médico de família, pela sua continuidade de cuidados e proximidade, permite uma articulação com a família do paciente e cuidados hospitalares, apoiando o paciente que tende a sentir-se incompreendido e sozinho.

E-Poster 21

ONDE ESTÃO OS FIOS? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diana da Rocha, Helder Farinha
USF Progresso e Saúde

Enquadramento: A contraceção intrauterina é um método reversível, que fornece 99,8% de eficácia na prevenção da gravidez nomeadamente com o sistema intrauterino libertador de levonorgestrel (SIU-LNG). Complicações comuns da sua inserção incluem dor, infeção, anormalidades menstruais, gravidez ectópica e expulsão.

Embora a perfuração seja uma complicação relativamente rara, ocorre em cerca de 0,3 a 2,6 por 1000 inserções, e os fatores de risco para tal incluem amamentação, amenorréia pós-parto, colocação nos primeiros 6 meses após o parto e inexperiência do médico que coloca. Perante esta complicação as doentes poderão apresentar dor abdominal e hemorragia vaginal anormal, contudo cerca de 30% são assintomáticas.

Descrição: C.C., sexo feminino, caucasiana, 38 anos, casada. Inserida numa família nuclear, funcional, na fase VI do ciclo de vida familiar de Duvall e na classe média da classificação social de Graffar.

Antecedentes pessoais de litíase renal, cirurgia a S. Túnel Cárpico direito 2013 e doença Quervain direita 2017.

Antecedentes ginecológicos 4 gestações: 2 Partos eutócicos (1996 e 2008), 1 Cesariana (Julho 2014) e 1 aborto espontâneo; Colocação de SIU-LNG em outubro de 2014. Contraceção anterior com preservativo.

Sem medicação habitual. Alergia aos anti-inflamatórios não esteroides e à ciprofloxacina em estudo na Imunoalergologia.

Antecedentes familiares maternos de histerectomia por miomatose uterina.

Em consulta de Planeamento Familiar em novembro de 2016, não apresentava queixas ginecológicas, encontrava-se em período de amamentação, e desconhecida data da última menstruação. Ao exame ginecológico visualizaram-se genitais externos normais, colo centrado com ectropion, orifício cervical em fenda e fios de SIU não visíveis. Neste contexto foi solicitada ecografia ginecológica endocavitária.

Em janeiro de 2017, utente traz o resultado da mesma que mostrou “útero em posição intermédia e anteversão

fisiológica normodimensionado de contornos regulares, textura miometrial, de resto homogénea. Útero sem evidente dispositivo intra-uterino de morfologia habitual a enquadrar na clínica. Calcificações puntiformes a nível do endométrio distal a relacionar com estruturas residuais. Medidas uterinas – longitudinal 6.2 cm, ântero-posterior 4.7 cm, transversal 4.7cm. Eco endometrial com 4 mm. Varizes peri-uterinas. Ovários normodimensionados sem alterações estruturais. Medidas ováricas – direito 2.8 cm; esquerdo 2.5 cm. Fino derrame no fundo de saco de Douglas.” Nesta consulta exame ginecológico sobreponível, e deste modo pedida Radiografia pélvica, que evidenciou SIU na cavidade pélvica à esquerda da linha média. A utente foi encaminhada para o serviço de urgência, e posteriormente foi submetida a laparoscopia diagnóstica tendo-se localizado e retirado SIU da cavidade pélvica e realizada salpingectomia bilateral.

Discussão: O caso mostra a migração do SIU numa doente assintomática, com fatores de risco descritos como a amamentação e a colocação ≤ 6 meses do pós-parto.

A etiologia desta complicação é pouco clara, sendo que poderá ocorrer perfuração completa aquando da inserção do SIU ou antes migração transmural apesar da correta colocação. A incapacidade de visualizar fios requer investigação adicional apesar da maioria dos dispositivos permanecer dentro da cavidade endometrial.

Deste modo quando tal acontece, inicialmente deve ser excluída uma potencial gravidez com ecografia ginecológica, e se o SIU não for observável dentro da cavidade endometrial, deverá ser solicitada radiografia abdominopélvica de forma a excluir a expulsão do mesmo. Se localização abdominal a laparoscopia é o método de eleição para a sua remoção.

Salienta-se ainda a relevância da consulta de Planeamento Familiar, que deverá ser realizada anualmente mesmo na ausência de queixas, com vista à deteção precoce de tais complicações.

E-Poster 22

DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA NA IDADE ADULTA – UM INVULGAR CASO CLÍNICO

Diana da Rocha, Helder Farinha
USF Progresso e Saúde

Enquadramento: A doença mão-pé-boca (DMPB) é uma doença viral comum e altamente contagiosa, causada pelo grupo de enterovírus, mais frequentes Coxsackievírus A16 e Enterovírus 71. Comummente afeta crianças com idade inferior a 5 anos, e raramente adultos, existindo desta forma escassos casos descritos na literatura

As manifestações típicas surgem após um período de incubação de 3-7 dias e incluem febre, lesões ulcerativas na mucosa oral, e erupções cutâneas tipicamente papulovesiculares que afetam as palmas das mãos ou planta

dos pés, ou ambos. Em casos de apresentação atípica a confirmação poderá ser realizada laboratorialmente através de serologias. O diagnóstico diferencial inclui a herpangina, gengivoestomatite herpética, estomatite aftosa, escabiose, varicela, sarampo, rubéola e outras doenças exantemáticas. Na maioria dos casos segue um curso benigno e autolimitado, com remissão espontânea de 7 a 10 dias. A complicação mais frequente é a desidratação secundária a odinofagia, pelo que deverá ser instituído tratamento sintomático com analgésicos e reforço da ingestão hídrica, não estando indicada a terapia antiviral específica

Descrição: C.O., sexo feminino, caucasiana, 38 anos, casada, arquiteta. Inserida numa família nuclear, funcional, na fase III do ciclo de vida familiar de Duvall e na classe média alta da classificação social de Graffar. Antecedentes de amigdalites de repetição na infância, sem outros antecedentes pessoais/familiares de relevo, não cumprindo qualquer medicação e com plano nacional de vacinação atualizado.

Recorreu à consulta de doença aguda por “amigdalite” (sic) com 2 dias de evolução. Febre desde a véspera, com odinofagia associada – tomou ibuprofeno 400 mg com discreto alívio. Antes da toma, início de quadro de discretas vesículas ao nível das mãos e pés, e úlcera no palato. Negava história de viagens recentes, comportamentos de risco ou contexto epidemiológico de doenças potencialmente contagiosas.

Ao exame físico apirética (toma de anti-inflamatório há 7 horas), com razoável estado geral, discretas lesões papulovesiculares eritematosas ao nível das palmas das mãos e das plantas dos pés com alodinia e prurido associados. Na orofaringe ulceração no palato e amigdalite pultácea à direita com exsudado e adenopatia satélite. Restante exame sem outras alterações. Solicitado teste rápido de pesquisa de antígeno de streptococos do grupo A (TRSA). Volta no dia seguinte com o resultado do mesmo, referindo surgimento de novas ulcerações no palato, e de múltiplas lesões nas mãos e pés com características sobreponíveis. Apirética há cerca de 20 horas. Ao exame físico novas lesões semelhantes às iniciais, amígdala direita hiperemiada e sem exsudado visível. Mostra TRSA que foi negativo. Dada a tipicidade do quadro instituída terapêutica de suporte com analgésicos, reforço hídrico, repouso, e explicados sinais de alarme que motivassem a reavaliação clínica. Manutenção do quadro durante 3 dias com regressão e desaparecimento das ulcerações orais/lesões cutâneas após 1 semana. Controlo analítico pré-concepcional posterior sem alterações.

Discussão: O caso apresentado mostra que a DMPB é uma doença viral aguda, autolimitada, altamente contagiosa que apesar de ser uma doença típica da infância, em raros casos ocorre na idade adulta. Quando ocorre no adulto, a maioria teve contato com crianças doentes, facto

que não se verificou no caso clínico descrito.

É fundamental uma detalhada anamnese e avaliação clínica cuidadosa com vista o diagnóstico precoce, evitando tratamentos inadequados com antibióticos, e intervindo na prevenção de transmissão da doença.

Um outro aspeto a merecer distinção é a continuidade dos cuidados prestados a nível da Medicina Geral e Familiar que permitiu uma avaliação clínica sequencial, com a realização dos meios complementares de diagnóstico em ambulatório, reavaliação clínica no dia seguinte e face à apresentação típica instituir terapêutica de suporte com vigilância no percurso e evolução da patologia.

E-Poster 23

“JÁ TENHO SARNA PARA ME COÇAR” – A COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA COMO CAUSA DE PRURIDO CRÓNICO

Ana Pacheco, Pedro Alves, Filipa Araújo
USF Amora Saudável, USF Forte, USF Lavradio

Introdução: O prurido crónico é um sintoma com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Está associado a um vasto conjunto de doenças e é difícil conseguir um alívio completo da sintomatologia. A causa mais comum é a doença alérgica, mas pode ter causas menos frequentes como síndrome paraneoplásico ou doenças auto-imunes, como a colangite biliar primária. A investigação etiológica implica a colheita de uma história clínica meticulosa, a realização do exame objectivo e de exames complementares de diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 50 anos, etnia cigana, viúva, ensino básico, desempregada com antecedentes de dislipidemia medicada com atorvastatina. Referia episódios recorrentes de prurido, rash facial e sensação de dispneia, presenciados pela médica de família, que cediam a anti-histamínicos e corticoterapia, tendo sido orientada para Consulta de Imunoalergologia. O estudo foi inconclusivo e teve alta da consulta. Por manutenção das queixas, predominantemente do prurido, colocaram-se as hipóteses de síndrome paraneoplásico e/ou doenças auto-imunes das vias biliares. Pediu-se estudo imagiológico com TC toraco-abdomino-pélvica, que não revelou alterações significativas, e estudo analítico que revelou ANA, anticorpos anti-mitocôndria e 5-nucleotidase positivos e elevação das enzimas hepáticas. Foi referenciada a Consulta de Medicina Interna onde repetiu estudo analítico que confirmou as alterações anteriores, suspendeu estatina, pediu-se colangio-ressonância e ponderou-se eventual biópsia hepática e início de ácido ursodesoxicólico por suspeita de colangite biliar primária.

Conclusão: A colangite biliar primária é a doença colestática auto-imune crónica mais comum em adultos, sendo mais frequente em mulheres depois dos 35 anos. Caracteriza-se pela destruição progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos, provocando colestase, cirrose e insuficiência hepática. Os doentes são geralmente assintomáticos

cos, podendo apresentar sinais de fadiga ou sintomas de colestase ou de cirrose. Com este caso reflectimos sobre a importância de perseverar em investigações completas, ao longo da evolução de alguns quadros arrastados e por vezes inespecíficos, de difícil gestão, no sentido de, como médicos de família, termos uma abordagem correcta deste tipo de casos, possibilitando o seu diagnóstico e tratamento precoces para o superior benefício do utente.

E-Poster 24

OMALGIA: QUANDO OS CULPADOS SE MISTURAM – RELATO DE CASO

Sofia Cardoso

USF Maresia - ULS Matosinhos

Introdução: Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o 1º nível de contacto com os serviços de saúde, e o Médico de Família (MF), privilegiado pela possibilidade de acompanhar o utente ao longo do tempo, pode reavaliar e observar a evolução da patologia, assim como rever e excluir outros diagnósticos. Por outro lado, é através dos CSP que é feita a referência aos cuidados secundários, que no panorama nacional atual, é trágica pelos longos tempos de espera.

Descrição do caso clínico: Sexo masculino, 79 anos, analfabeto, reformado, casado, pertencente a uma família funcional, nuclear, na fase VI do Ciclo de Duvall. Como antecedentes realçam-se Diabetes tipo 2, HTA e Dislipidemia. Ex-fumador 49 UMA, nega consumo de drogas ou álcool. Em consulta programada refere omalgia direita com 2 meses de evolução, com dor de intensidade 5/10, dificuldade na elevação do MSuperior; terá recorrido ao SU do HPH pelas mesmas queixas, onde fez raio X ao ombro (normal) tendo tido alta com analgesia. Ao exame objectivo sem dor na palpação, com dificuldade na elevação do MS, yocum e job negativos, opta-se por pedir ecografia ao ombro direito e manter analgesia. No mês seguinte, apresenta múltiplas vindas a consulta aberta e ao SU – com base na ecografia pedida é feito o diagnóstico de “ruptura quase total do tendão do supra-espinhoso à direita”, pelo que é referenciado à consulta hospitalar de Ortopedia.

Por manutenção e agravamento das queixas, volta a consulta no MF 2 meses após o início da sintomatologia, agora com dor nocturna muito intensa, e agravamento rápido do estado geral, com anorexia (perdeu 7Kg em 1mês). Dado a consulta hospitalar estar agendada para dali a 1 ano, o utente é orientado novamente para o SU. Aqui, é observado por Ortopedia, feito o diagnóstico de lesão osteolítica clavicular direita e decidido internamento em Medicina Interna para estudo.

Discussão/conclusão: A omalgia é uma causa frequente de consulta médica em CSP. Uma anamnese e um exame físico exaustivos são essenciais na obtenção da etiologia que pode ser muitas vezes desafiante, principalmente se

ocorrer sobreposição de patologias. A manutenção e agravamento das queixas, o aparecimento de novos sintomas, assim como a recorrência repetida aos serviços de saúde devem levar o MF a rever o seu diagnóstico, e excluir outras possibilidades diagnósticas. Por outro lado, a falta de acessibilidade à consulta hospitalar, leva a que nem sempre as patologias sejam tratadas atempadamente, prolongando os tempos de doença e de recuperação.

E-Poster 25

MANCHAS CAFE AU LAIT

Rodrigo Mendes, Diana Marta, Ana Lúcia

USF Lusitana, USF Flor de Lótus

Introdução: A neurofibromatose tipo 1, doença autossómica dominante, com expressão clínica muito variável, cursa com crescimento de tumores, usualmente benignos, no sistema nervoso central e periférico. Tipicamente manifesta-se com manchas “café au lait”, neurofibromas (tumores moles da/sob a pele), efélides (sobretudo nas axilas, virilhas e sulcos inframamários), osteodistrofia e alterações oculares. Menos frequentemente manifesta-se como Neurofibrosarcoma.

Descrição de caso: Mulher, 28 anos, caucasiana, vive com o namorado. IMC de 22,52kg/m², PNV atualizado, sem hábitos medicamentosos/toxifílicos. Antecedentes pessoais: escoliose.

Família nuclear, fase I de Duvall, classe Graffar média-alta (10 pontos), família altamente funcional (10 pontos APGAR familiar). Antecedentes familiares de doenças cardiometabólicas e o pai com doença de pele na altura desconhecida e não caracterizada.

Recorreu em 2006 ao seu Centro de Saúde por aparecimento de múltiplas manchas circulares e acastanhadas (*café-au-lait*) nas coxas, com 3cm de diâmetro, sem outros sintomas. Foi encaminhada a consulta de dermatologia do CHTV.

Em outubro de 2006, houve dispersão das manchas para o tronco e aparecimento de efélides na face e axilas. Foi encaminhada para consulta de Neurocirurgia por suspeita de Neurofibromatose tipo 1, diagnóstico confirmado em 2017 por cumprir critérios. Posteriormente foi estudada a família e diagnosticada a mesma doença no pai da utente. Em 2010 surgem pequenos nódulos compatíveis com neurofibromas de 0,5 a 1 cm de diâmetro, sobretudo no abdómen.

Em 2018, durante consulta de planeamento familiar na USF, confessou desejo de engravidar, tendo sido encaminhada para a consulta de Aconselhamento Genético no CHUC. Identificou-se a variante c.574C>T (p.Arg192*), em heterozigotia, de significado clínico patogénico. Confirmou-se o diagnóstico molecular de Neurofibromatose tipo 1, doença hereditária autossómica dominante, com risco

de recorrência de 50% para os descendentes.

Conclusão: Relembrar a importância primordial dos cuidados primários como primeiro contato do doente com o SNS; na correta orientação para as respectivas especialidades e a pertinência de patologias raras de caráter heredo-familiar com implicações no planejamento familiar.

E-Poster 26

RELATO DE CASO: MIALGIAS

Diana Simões, Marta Rodrigo da Silva Carvalho Mendes
USF Flor de Lótus, USF Lusitana

Introdução: A rabdomiólise é comum, podendo constituir perigo para a vida, e muitas vezes é de etiologia multifatorial. É caracterizada por necrose muscular e libertação de constituintes musculares intracelulares para a circulação sanguínea. Geralmente, ocorre em pessoas saudáveis após traumatismo, atividade física excessiva, consumo de álcool ou outras drogas, crises convulsivas ou infeções. A suspeita diagnóstica tem por base a anamnese e o exame objetivo, sendo que a principal queixa é normalmente a presença de mialgias. A confirmação do diagnóstico é laboratorial, através da determinação de níveis de Creatina cinase (CK) tipicamente marcadamente elevados, e pode existir mioglobínúria. A abordagem terapêutica consiste em remover os fatores precipitantes, corrigir as alterações bioquímicas e prevenir e tratar a lesão renal aguda, nomeadamente, através de uma hidratação precoce e vigorosa, com recurso a diálise, se necessário.

Caso clínico: Utente de 26 anos, caucasiano, vive com a mulher e filho, desempregado, IMC 28,06kg/m², PNV atualizado, pratica exercício físico regularmente, sem hábitos medicamentosos, fumador de 9 UMA, consumo alcoólico de 24g/semana, esporadicamente 100g de álcool à refeição, sem antecedentes pessoais relevantes. Família nuclear, fase III de Duvall, classe II de Graffar (11 pontos), família altamente funcional (10 pontos no APGAR familiar) e sem antecedentes familiares de relevo. No dia 09.11.2018, recorreu ao SUB de São Pedro do Sul por dor no hemicorpo direito, com início após despertar, intensidade 5/10, agravada pelo esforço, sem limitação funcional e com alívio ligeiro após toma de ibuprofeno e de paracetamol com cloridrato de fenilefrina. Como sintomas acompanhantes, apresentava cansaço e sensação de “muito calor intercalado com muito frio” com 1 semana de evolução. Foi aconselhado a ir ao SU do CHTV, sendo que se dirigiu à CUF Viseu, onde realizou uma ecografia testicular que não apresentava alterações, foi medicado com paracetamol injetável com alívio completo da dor em 1h e foi prescrito naproxeno para fazer no domicílio. No dia 10.11, o doente acordou com quadro algíco idêntico ao anterior, tendo tomado naproxeno com melhoria ligeira e, posteriormente, tomou apenas nimesulida du-

rante o fim-de-semana, com resultados satisfatórios no controlo da dor. No dia 12, após acordar, apresentava dor a nível dos membros superiores e inferiores sempre que se tentava movimentar, com intensidade 8/10 e com compromisso funcional acentuado. Tomou 3 fármacos anti-inflamatórios, sem melhoria das queixas algícas. Devido à permanência dos sintomas, no dia 13, dirigiu-se à UCSP de Vouzela, onde foi colocada a hipótese diagnóstica de rabdomiólise e foi reencaminhado para o SU do Hospital de S. Teotónio. No SU, realizou analgesia, ECG e análises, que mostraram um valor de CK de 2281U/L e mioglobina de 136ug/L. Confirmado o diagnóstico, ficou em observação durante a noite, a realizar soro de hidratação. Teve alta no dia 14, com CK de 1000U/L, indicação para repousar, hidratação oral abundante e tomar paracetamol em SOS. No dia seguinte, sentia-se recuperado para as AVD's, apenas com reaparecimento da dor aquando de esforços mais intensos.

Conclusão: O espectro de gravidade da rabdomiólise é muito variável, desde elevações assintomáticas das enzimas musculares no plasma a risco de morte associado a elevações enzimáticas extremas, distúrbios hidroeletrólíticos (hipercaliémia, hipocalcémia e acidose metabólica, que são das principais complicações desta entidade) e lesão renal aguda (se também existir um estado de hipovolémia/diminuição da perfusão renal). Portanto, o médico de família deve estar alerta para quadros clínicos sugestivos deste diagnóstico, realizando sempre uma boa anamnese para determinação da causa mais provável, de forma a proceder a uma melhor orientação do doente e permitir o início precoce da terapêutica, que muitas vezes se traduz num bom resultado.

E-Poster 27

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Filipa Santos Jorge
USF Santa Luzia - ACeS Tâmega III

Introdução: A abordagem familiar é uma importante componente de avaliação médica, em especial na Medicina Geral e Familiar (MGF). Apresenta-se um caso que pretende reforçar a sua importância e promover a sua utilização quando pertinente.

Caso clínico: A.D. de 85 anos de idade, sexo masculino, 4º ano de escolaridade, constituindo numa família unitária, após falecimento da esposa em 2014. Trata-se de um doente com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial (HTA) e osteoartrose, bem controlado até há cerca de 3 anos, altura em que, não só a falta do elemento feminino o obrigou a ser o próprio a preparar as suas refeições, como também a perturbação depressiva que desenvolveu face à perda, resultando em isolamento social cada vez mais evidente. Com a descom-

pensação da sua diabetes, considerou-se importante fazer a avaliação familiar de forma a perceber onde poderia o Médico de Família (MF) intervir e ajudar na melhoria e controle da sua patologia de base. Assim, foi entendida a dificuldade de adaptação do utente na preparação das refeições e em manter uma alimentação equilibrada e adequada às suas patologias. Nesse sentido, não sabendo cozinhar, tornou-se evidente o tipo de alimentação não equilibrada, feita à base de sandes e refeições rápidas tipo snack, justificando assim a descompensação do seu controlo glicémico, mesmo mantendo cumprimento terapêutico.

Conclusão: O uso dos diversos instrumentos de avaliação familiar é importante e fundamental na MGF, permitindo ao MF, percebendo o contexto/vivências do utente, intervir e estabelecer um plano de cuidados dirigido. Neste sentido, foi proposto e desenhado para este utente um plano com recurso a consulta de nutrição, psicologia e seguimento mais frequente pelo MF, de forma a melhorar e ajudar não só na adaptação à solidão, como também na manutenção de controlo das suas patologias.

E-Poster 28

ENTEROPATIA ASSOCIADA AO OLMESARTAN, NUM DOENTE HIPOCOAGULADO COM DABIGATRANO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Carine Silva¹, Bárbara Chaves², Tiago Sá e Pinho¹, Lara Sutil¹
¹USF Águeda + Saúde, ²UCSP Águeda V

Introdução: O olmesartan é um antagonista dos recetores da angiotensina, frequentemente prescrito no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Recentemente têm sido descritos casos de enteropatia severa associada a este fármaco. Prevê-se que o número de casos subdiagnosticados seja elevado, por ser um diagnóstico diferencial difícil que, para além de ser uma patologia ainda pouco conhecida, apresenta também um curso clínico que mimetiza outras patologias mais frequentes, como a doença celíaca. Por outro lado, a diarreia é um efeito adverso comum do dabigatrano, um inibidor directo da trombina, amplamente prescrito também no âmbito dos CSP, nos doentes com fibrilhação auricular. Descreve-se um caso clínico, de um doente hipertenso e hipocoagulado, recentemente medicado com dabigatrano, que inicia um quadro severo de diarreia crónica, tornando-se um desafio diagnóstico.

Cado clínico: Doente do sexo masculino, 66 anos de idade, hipertenso, medicado com olmesartan 20 mg e amlodipina 5 mg desde 2012. Foi-lhe diagnosticado fibrilhação auricular em fevereiro de 2017 e medicado com dabigatrano 150 mg 2id desde então. Solicita consulta no próprio dia, ao seu Médico de Família a 24 de abril de 2017 por náuseas, epigastralgia e dejeções mais líquidas que o normal. Pelo início das queixas em março, suspendeu a

toma do dabigatrano, por iniciativa própria. Por persistência e agravamento da clínica opta por solicitar avaliação médica. Ao exame objetivo não apresentava alterações relevantes, sem sinais de desidratação. Foi medicado com pantoprazol 40 mg em jejum e iniciou rivaroxabano 20mg. Foi alertado para o perigo de suspender a medicação anticoagulante. Foram pedidos os seguintes exames: endoscopia digestiva alta e baixa. Recorreu novamente a consulta no dia 15 de maio por persistência da clínica associada a anorexia. Tinha parado novamente a toma do anticoagulante, sem melhoria. Ao exame objetivo apresentava um ar emagrecido (perda ponderal de 4kg em 3 semanas) e debilitado, sem outras alterações. A endoscopia digestiva alta e baixa não apresentaram alterações. Foi encaminhado para o serviço de urgência e ficou internado 2 dias no serviço de Medicina Interna, tendo alta medicado com metoclopramida, *saccharomyces boulardii* e simeticone. Passado 10 dias volta ao serviço de urgência, por não resolução do quadro, ficando internado no serviço de Gastroenterologia. Durante os 10 dias de internamento fez diversos exames complementares de diagnóstico. A biópsia do cólon revelou uma colite linfocítica e a biópsia do duodeno apresentou atrofia vilositária e inflamação crónica. Os restantes exames não apresentaram alterações significativas. Fez uma prova terapêutica para verificar se algum dos fármacos seria o causador iatrogénico da diarreia. Melhorou clinicamente após a suspensão isolada do olmesartan.

Conclusão: O Médico de Família apresentam uma prática clínica diária desafiante. Para além de abordar todas as doenças, todas as idades, ainda tem de lidar com a polimedicação e as atualizações constantes na medicina nas mais diversas áreas. Para além disso, deve apresentar atitudes que permitam uma relação empática com o doente, de forma a obter sucesso e aliança terapêutica. Neste caso, tornou-se claro a necessidade de criar estratégias para melhorar a adesão à terapêutica do utente, que continuava a suspender a terapêutica médica por iniciativa própria. O olmesartan tem sido associado recentemente a uma entidade denominada como enteropatia associada ao olmesartan que se manifesta por diarreia subaguda, perda ponderal e objetiva-se nos ECD's como atrofia vilositária intestinal difusa. A duração da exposição ao olmesartan antes da instalação dos sintomas poderá variar entre meses até anos. Ainda são poucos os casos descritos na literatura, no entanto, o olmesartan é um fármaco amplamente prescrito, sobretudo a nível dos cuidados de saúde primários, devendo os médicos de família estar alertados para a possibilidade da ocorrência deste evento.

E-Poster 29

QUANDO UMA HIPERGLICEMIA É MAIS DO QUE DIABETES...

Carlota DC Andrade, Inês Albano, Marcos Baraona,
Paulo Miranda Simões, Natividade Galán
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Lagoa

Introdução: A neoplasia pancreática (NP) é a 5ª causa mais frequente de mortalidade por neoplasia na Europa. Uma vez que os sintomas específicos surgem maioritariamente em estádios avançados, o diagnóstico é habitualmente tardio e o prognóstico reservado. Até 80% dos doentes diagnosticados com NP têm diabetes (DM) ou hiperglicemia, embora a sua relação causal ainda não seja clara. O tempo decorrido entre os diagnósticos de DM e de NP pode ajudar na diferenciação entre DM como fator etiológico ou como manifestação paraneoplásica, sendo esta última mais comum se o diagnóstico de DM tiver ocorrido há menos de 2 anos. Neste último caso, seria pertinente rastrear estes doentes para esta neoplasia? Em caso afirmativo, como seria feito esse rastreio?

Caso clínico: Homem de 74 anos, reformado, totalmente autónomo nas actividades da vida diária; apresenta antecedentes pessoais de pólipos do cólon com seguimento hospitalar e dislipidemia medicada com atorvastatina 20 mg/dia. Não tinha qualquer seguimento nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) desde 2013, e recorre ao Centro de Saúde no dia 24/08/2018 por apresentar valores repetidamente aumentados de glicemia capilar. Nega qualquer sintomatologia associada. Ao exame objectivo, apresentava bom estado geral, e não existindo qualquer alteração, exceto obesidade; foram-lhe pedidas análises, electrocardiograma, radiografia de tórax e ecografia renal. Nas consultas seguintes, trouxe os resultados dos exames realizados, tendo sido diagnosticado com DM; iniciou alterações do estilo de vida e terapêutica com metformina 700mg/dia. No dia 17/09, recorre em contexto de Consulta do Dia para pedido de Tomografia Computorizada (TC) urgente, por terem sido detectadas imagens nodulares hepáticas, sugestivas de lesões secundárias, aquando da realização da ecografia renal. No dia 28/09 traz esses resultados, que mostravam massa hipodensa na cauda do pâncreas, com 12cm de maior eixo, compatível com neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas (IPMN) e que contacta localmente com o baço, cólon ascendente, parede gástrica, suprarrenal e rim esquerdo; adicionalmente, detectaram-se múltiplas lesões nodulares hepáticas e adenopatias mediastínicas e abdominais. Foi referenciado para consulta urgente de Cirurgia Geral, onde realizou biópsia ecoguiada de uma das lesões hepáticas. Entretanto, por agravamento do estado clínico (ascite, queixas algicas e insónia não controladas no domicílio), foi encaminhado no dia 21/11 para Cuidados Paliativos, com necessidade de internamento dois dias depois, onde permaneceu até ao óbito, a 06/12/2018.

Conclusão: A detecção precoce da NP é fundamental na diminuição da mortalidade; contudo, existem vários obstáculos que dificultam a concretização deste objetivo. Por um lado, a aplicação deste rastreio à população geral não é custo-efetiva, devido à baixa prevalência desta patologia; por outro lado, e embora estejam em desenvolvimento instrumentos de rastreio serológicos, ainda não existem estratégias de rastreio validadas. Indivíduos pertencentes a uma população de alto risco (com síndromes de NP hereditárias ou com forte história familiar) são bons candidatos para um eventual rastreio; adicionalmente, doentes com mais de 50 anos e diagnóstico de DM recente (menos de 2 anos), associado a ausência de história familiar de DM, perda ponderal superior a 2 Kg, IMC pré-mórbido inferior a 25kg/m² ou níveis elevados de CA 19-9 poderão ainda pertencer a este grupo. Os métodos de imagem não invasivos (TC), associam-se a baixa sensibilidade diagnóstica, enquanto que os métodos invasivos (ecoendoscopia) não são custo-efetivos e estão associados a falsos positivos. A hiperglicemia poderá ser um marcador clinicamente útil no diagnóstico precoce da NP. Neste caso clínico, o doente apresentava alguns dos fatores de risco mencionados anteriormente, mas a ausência de um seguimento regular nos CSP dificultou um eventual diagnóstico precoce, interferindo no seu prognóstico.

E-Poster 30

PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE E BURNOUT

Rosário Rodrigues, Madalena Monteiro
USF São João da Talha

Introdução: As perturbações da ansiedade (PA) são das condições psiquiátricas mais frequentes com uma prevalência de 29% ao longo da vida. A perturbação do pânico tem uma prevalência na população geral de 1,5-5% e em 91% dos casos, está associada a outra condição. Estas doenças quando não tratadas evoluem para a cronicidade e apresentam uma forte associação comórbida com outras perturbações psiquiátricas, sendo fundamental a sua identificação diagnóstica e tratamento precoce. O burnout é uma síndrome psicológica, caracterizada por elevada exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional, que conduz à erosão dos valores pessoais, profissionais e de saúde.

Descrição de caso: Mulher de 28 anos, caucasiana, solteira, administrativa. Família Nuclear, Ciclo de Duvall VI. AP: Sem AP ou AF de relevo. Há um ano inicia quadro de cansaço insónia inicial sono não reparador e exaustão laboral. Vai de férias 15 dias para Bali e após 3 dias queria voltar para ir trabalhar, sentia remorsos de estar de férias, com a empresa em crise, em 7 anos só teve 3 dias de férias. Efetuou-se escuta ativa da utente, informada dos direitos laborais, identificada síndrome de burnout e PA.

Referenciação a consulta de Psicologia, início de sertralina 50mg, alprazolam 0,5mg e baixa inicial de 12 dias. Regressa à consulta após 15 dias, mantinha ansiedade severa, com necessidade de recorrer BZD SOS por 12 ataques de pânico. Negava sintomas depressivos ou ideação suicida. Objetivamente: Discurso Acelerado, TA: 120/80mm/Hg Fc 90bpm. Excluídas causas orgânicas, ajuste da medicação para alprazolam 0,5mg 3x dia e sertralina 100mg. Regressa após 1 mês, ainda com 6 ataques de pânico. Ajuste da medicação para paroxetina 20mg, cloxazolam 2mg e reavaliação em 15 dias. Regressa sonolenta mas assintomática e iniciou consulta semanal de Psicologia com terapia cognitivo comportamental e desmame de BZD em um mês. Volta à consulta após 2 meses afim de parar antidepressivo. Aconselhada a mante-lo durante 6 meses, feito reforço positivo e promoção do exercício físico. Atualmente mantém-se assintomática, mudou de emprego, mantém seguimento em consulta de psicologia e aumentou a atividade física.

Discussão: Este caso ilustra a importância do acompanhamento multidisciplinar destes doentes, identificado o problema, o acompanhamento próximo do médico de família (MF) com escuta ativa e ajuste da medicação, da psicóloga com terapia cognitivo comportamental (TCC) e a articulação entre ambos foi fundamental. A ansiedade é diferente de PA, a última tem grande impacto na qualidade de vida, com sintomas físicos e psicológicos causadores de grande sofrimento e consumidores de recursos em CSP, sendo fundamental a sua identificação diagnóstica e tratamento precoce, evitando assim outras comorbilidades e gastos de recursos.

E-Poster 31

UMA RARA SENSÇÃO DE CORPO ESTRANHO... A SÍNDROME DE EAGLE!

César Matos¹, António Assunção², Rui Marques³
¹UCSP Azeitão, ²USF Viriato, ³Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: A Síndrome de Eagle (SE) é uma condição rara causada por um processo estiloide alongado ou calcificação/ossificação do ligamento estilo-hióideo, que interfere no funcionamento das estruturas vizinhas, dando origem a sintomas orofaciais e cervicais. Apesar da alteração anatómica ocorrer em 4% da população geral, apenas 4%-10,3% dos casos apresentam sintomas. A SE tem maior incidência no sexo feminino, após os 30 anos e pico máximo aos 60-79 anos. O alongamento ocorre bilateralmente, mas 93% apresentam sintomas unilateralmente. O quadro clínico é caracterizado por dor facial e cervical, dor na ATM, odinofagia, limitação dos movimentos e abertura da boca, sensação de corpo estranho na garganta, cefaleia, otalgia e dor faríngea. As causas do alongamento do processo estiloide são ainda desconhecidas. O diagnóstico diferencial da SE inclui nevralgias glossofaríngea e trigeminal, arteri-

te temporal, enxaqueca, cefaleia histamínica, síndrome de disfunção-dor miofacial, artrite cervical e tumores.

Caso clínico: Doente sexo feminino 46 anos de idade, fumadora, recorreu ao serviço de urgência por sensação de corpo estranho na orofaringe persistente à esquerda, associada a odinofagia, com anos de evolução, tendo feito tratamento prolongado com anti-inflamatórios sem melhoria da dor, que o limitava socialmente. À observação apresentava discreta hiperemia mucosa orofaríngea, dor a palpação amigdalina esquerda e edema. Sem outras alterações associadas. Realizou-se tomografia axial computadorizada (TAC) do pescoço e crânio que evidenciou presença de calcificação do ligamento estilo-hióideo de carácter bilateral, praticamente simétrica, com aproximadamente 21 mm de extensão do lado esquerdo, e com 23 mm à direita. Foi explicada a situação clínica à doente e realizou-se encaminhamento para a consulta de Otorrinolaringologia, que orientou para proposta de tratamento cirúrgico.

Conclusões: A Síndrome de Eagle é uma entidade rara. Apenas uma minoria dos doentes com apófises estiloides longas ou calcificação/ossificação do ligamento estilo-hióideo apresenta sintomas, não sendo a sua presença, por si só, patognômica. Nos doentes com sintomatologia sugestiva, resistente à terapêutica médica, e sem outras alterações relevantes ao exame objetivo deverá ser sempre considerada a SE no diagnóstico diferencial. O diagnóstico desta entidade pode ser confirmada clinicamente com a história clínica, palpação da fossa amigdalina, e exames radiológicos sugestivos como radiografia panorâmica, e TAC que tem um papel fundamental na avaliação do complexo estilo-hióideo. O tratamento de escolha nos doentes sintomáticos é cirúrgico com estiloidectomia por via intraoral ou cervical externa.

E-Poster 32

DEFICIÊNCIA EM VITAMINA B12: RELATO DE UM CASO LINEAR?

Marisa Benigno Bizarro, Luís Duarte, Marisa Bizarro
USF Grão Vasco - ACeS Dão Lafões

Introdução: Deficiência de vitamina B12 (vB12) pode cursar com anemia macrocítica ou com várias alterações neurológicas, nomeadamente lentificação psicomotora/mental. São inúmeras as causas de deficiência desta vitamina, sendo as mais comuns anemia perniciosa, má-absorção da cobalamina da dieta (muitas vezes associada a gastrite atrófica, cirúrgica gástrica, infeção crónica por *Helicobacter pylori*, acloridria), e doenças do estômago ou do intestino que interfiram com a sua absorção. **Caso clínico:** Utente do sexo feminino, 66 anos, com antecedentes de dislipidemia, recorreu à consulta por queixas mnésicas. Avaliação analítica inicial: Hb 13.6 g/dL, VGM 89.2 fL, vB12 149pg/ml (N:191-663), ácido fólico 15.5 ng/ml, TSH 1.32mU/L, VDRL negativo, função renal e hepática

ca sem alterações; TAC-CE: sem lesões visíveis. Face ao déficit de vB12 constatado, negou restrições alimentares, história de gastrite prévia, de doenças autoimunes e cirurgias gastrointestinais prévias. Iniciou cianocobalamina 1mg oral com posterior melhoria da cognição e dos níveis de vB12 (240 pg/mL). Três anos depois auto-suspendeu terapêutica, verificando-se um decréscimo do nível de vB12 para 155pg/ml em controlo analítico. Retomou cianocobalamina 1mg oral com boa resposta e realizou estudo complementar: Anticorpo anti-célula parietal positivo; Endoscopia digestiva alta com lesões de gastrite crônica, com evidência de atrofia ligeira e metaplasia intestinal focal; Pesquisa de *H. Pylori* positiva. Face aos resultados, foram colocadas como hipóteses de diagnóstico má-absorção de cobalamina da dieta (por infecção por *H. pylori* ou por gastrite atrófica) ou anemia perniciosa. Realizou, assim, erradicação da *H. pylori*, no entanto, mesmo após a sua erradicação manteve valores diminuídos de vB12 (169pg/ml) sem a suplementação temporária com cianocobalamina. Atendendo ao facto de a utente apresentar características clínicas típicas de ambas as hipóteses colocadas não foi possível alcançar um diagnóstico definitivo. Todavia, a abordagem é semelhante para as ambas as patologias, pelo que se optou por manter cianocobalamina a longo prazo, explicar a situação clínica à utente, bem como o plano de seguimento e vigilância, e que esta aceitou. Conclusão: Na prática clínica nem sempre se consegue encontrar um diagnóstico definitivo, além disso a investigação exaustiva de um determinado problema pode não traduzir-se em ganhos em saúde e sim, poder causar impacto negativo na vida psico-sociofamiliar dos utentes. Este caso retrata uma abordagem que se focou sobretudo em excluir as causas tratáveis, em gerir expectativas/questões da utente e em delinear um plano de vigilância para prevenir ou detetar precocemente futuras comorbilidades (défice de vB12 e as suas consequências na ausência de adesão terapêutica; carcinoma gástrico associado à atrofia/metaplasia gástrica; doenças autoimunes no caso de se tratar de anemia perniciosa). De salientar, que a Medicina Geral e Familiar tem como trunfo a prestação de cuidados longitudinais, o que permite criar uma relação com os utentes que facilita a planificação e gestão dos seus problemas.

E-Poster 33

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EM CONTEXTO DE INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Ines Pilar, Rita Durão
USF Cardilium

Introdução: O síndrome confusional agudo ou Delirium é uma urgência médica muito prevalente em idosos. A sua fisiopatologia é complexa e multifactorial. Apresenta-se subitamente com curso flutuante. Provoca disfunção neurocognitiva, ilusões ou alucinações, delírios, instabilidade emocional, perturbações do ritmo circadiano e distúrbios da atividade psicomotora.

A idade avançada, doenças neurológicas pré-existentes, declínio cognitivo prévio e a depressão são alguns fatores predisponentes ao Delirium.

A evolução é reversível com retorno ao nível funcional prévio.

Caso clínico: Mulher de 89 anos, freira a residir numa congregação religiosa desde os 22 anos de idade. Parcialmente dependente nas atividades da vida diária. Portadora de pacemaker, tem Hipertensão arterial e demência de origem vascular com sintomatologia depressiva.

Dá entrada no serviço de urgência com sintomatologia psicótica, delírios de temática mista e alucinações visuais. Sinais vitais, hemograma e sumário de urina sem alterações, tendo sido internada para estudo.

Irmã referiu que desde há 3 meses tem vindo a apresentar declínio gradual da sua capacidade funcional e alterações comportamentais que se agravaram nos últimos 3 dias.

O estado manteve-se sobreponível durante os três primeiros dias de internamento. Fez TC-CE e hemograma sem alterações de novo; sumário de urina com piúria, nitritos, proteinúria e hematúria; iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina mais ácido clavulânico. Urocultura com *E. coli* sensível ao antibiótico instituído.

Após o segundo dia de antibioterapia apresentava-se orientada, com humor eufímico, com atividade psicótica esbatida e padrões de sono e de apetite regulares. Teve alta com retorno ao seu nível de funcionamento prévio.

Conclusão: Este caso clínico realça a relação temporal da sintomatologia e alterações analíticas, sendo que muitas vezes a sintomatologia vem em primeiro lugar. Evidenciando o árduo desafio na gestão do paciente com Delirium.

Tendo o especialista em MGF um papel de destaque na gestão dos pacientes e encontrando-se em primeira linha no contacto com o paciente, este deve ter em conta que num doente com sintomas psicóticos inaugurais devemos sempre assumir uma etiologia não psiquiátrica até prova em contrário. Assim, o médico deve realizar um estudo exaustivo na procura de causa orgânica do Delirium.

Sendo a infecção do trato urinário o 2º tipo de infecção mais comum na idade geriátrica, a pesquisa desta infecção deve ser sempre excluída.

E-Poster 34

FITOFOTODERMATITE – UMA REAÇÃO CUTÂNEA MAIS COMUM DO QUE DIAGNOSTICADA

Marisa Benigno Bizarro, Luís Duarte
USF Grão Vasco

Introdução: Fitofotodermatite consiste numa reação cutânea fototóxica inflamatória que resulta do contacto com componentes fotossensibilizantes de plantas ou frutas e posterior exposição solar. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo típico existir história de contacto recente com plantas ou frutos (citrinos, figos) e exposição solar, queixas predominantemente de dor, ardor ou sensação de queimadura em vez de prurido, e ao exame objetivo zona eritematosa e/ou bolhosa com padrão irregular bem demarcado que representa a exposição ao agente fototóxico.

Caso clínico: Utente do sexo masculino, 34 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu à consulta aberta por ter acordado pela manhã com sensação de queimadura e erupção eritematosa com flictena de padrão irregular bem delimitado localizada na face anterior da coxa esquerda. Referiu que no dia anterior teria andado a cortar eucaliptos com possível exposição solar. Face a estes pressupostos foi considerada a hipótese de fitofotodermatite.

Conclusão: Esta entidade não é tão infrequente como se pensa, sendo muitas vezes confundida com outras patologias cutâneas, nomeadamente dermatite de contacto/alérgica, impetigo bolhoso e celulite. Este caso reforça que o diagnóstico de fitofotodermatite deve ser considerado podendo-se assim evitar iatrogenia resultante do tratamento de outras condições semelhantes. Trata-se de um problema autolimitado, podendo haver necessidade de aplicação de corticoides tópicos e de compressão frias para alívio sintomático.

E-Poster 35

DA ITU NO HOMEM À PROSTATITE: E AGORA?

António Assunção¹, Dina Campos¹, César Matos², Ana Rebelo³, José Tiago Teixeira¹

¹USF Viriato, ²UCSP Azeitão, ³USF Cidade Jardim

Introdução: A infeções do trato urinário (ITU) são as infeções bacterianas mais frequentes, sendo responsáveis por cerca de 15% dos antibióticos prescritos a doentes em ambulatório. De destacar que 20% das mulheres e 10% dos homens idosos apresentam bacteriúria, que pode ou não ser sintomática. A prostatite é, histologicamente, um aumento do número de células inflamatórias no parênquima prostático. A prostatite constitui 8% dos motivos de consultas de Urologia. É o diagnóstico urológico mais comum em homens com menos de 50 anos de idade. 26% dos homens com 85 anos tiveram prostatite aguda ou

prostatite crónica. A classificação do Instituto Americano de Saúde estabelece quatro tipos de prostatites: Categoria I Prostatite Bacteriana Aguda, Categoria II Prostatite Bacteriana Crónica, Categoria III Síndrome Doloroso Pélvico Crónico, Categoria IIIa Prostatite Não Bacteriana Crónica (Inflamatória) Categoria IIIb Prostatodinia (Não Inflamatória) e Categoria IV Prostatite Inflamatória Assintomática.

Caso clínico: Doente do sexo, 86 anos, reformado (pintor de construção), sem antecedentes de relevo. Vem à consulta por queixas de disúria e polaquiúria. Sem febre ou outras queixas como hematuria ou corrimento uretral. Exame objetivo sem alterações relevantes. Combur test com Leucócitos ++, Nitritos + e Sangue +/- Estabelecendo-se como diagnóstico provisório (tirar provisório pq era mesmo ITU) ITU, foi medicado com trimetoprim e sulfametoxazol (TMP-SMT) (7 dias), reforço hídrico e urocultura com teste de sensibilidade a antimicrobianos. A urocultura foi prescrita, tendo em conta tratar-se de um doente do sexo masculino, pese embora não lhe fossem conhecidas condições anatómicas, funcionais ou farmacológicas, que permitissem classificar esta ITU como complicada. O doente volta após ciclo de antibioterapia por persistência das queixas, agora relacionadas com dor/desconforto pélvico, sem noção de febre, mas melhoria da disúria e sem polaquiúria. Mostra urocultura prévia à antibioterapia, que isola E. Coli, multissensível, nomeadamente sensível ao TMP-SMT. Tendo sido pedido nova urocultura, ecografia reno-vesical e prostática. Em nova consulta após 1 semana apresenta urocultura, negativa para crescimento bacteriano, posterior à toma do TMP-SM e ecografia reno-vesical e prostática, sem alterações. Colocou-se a hipótese de prostatite, sendo medicado com levofloxacina durante 20 dias, ficando assintomático após cumprir terapêutica.

Conclusão: A bacteriúria pode diferenciar as síndromes menos comuns de prostatite bacteriana aguda, da entidade muito comum de síndrome de dor pélvica, que não está associada à bacteriúria e, portanto, não costuma responder à antibioterapia. Neste caso clínico em concreto, o doente apresentou uma urocultura prévia ao tratamento, com crescimento bacteriano, o que foi decisivo na orientação diagnóstica da prostatite, secundária à ITU. A prostatite refere-se a um grupo heterogéneo de doenças que apresentam uma associação de sintomas urinários irritativos e obstrutivos e dor pélvica. É importante que o médico esteja atento aos sinais e sintomas e oriente os idosos quanto às complicações dessa infeção, visto as ITUs interferem na qualidade de vida da população geriátrica.

E-Poster 36

HIPERTENSÃO RENO-VASCULAR: UM CASO DE NEFRECTOMIA BILATERAL

António Assunção¹, Fernando Severino¹, Ana Rebelo²,

César Matos³, Dina Campos¹, José Teixeira¹

¹USF Viriato, ²USF Cidade Jardim, ³UCSP Azeitão

Introdução: Hipertensão arterial (HTA) reno-vascular é a elevação da pressão arterial decorrente de oclusão parcial ou completa de uma ou mais artérias renais ou de um dos seus ramos. Geralmente é assintomática, exceto se for de longa duração. A doença reno-vascular é uma das causas mais comuns de hipertensão curável, mas é responsável por < 2% de todos os casos de hipertensão. Estenose ou oclusão de uma ou ambas as artérias renais principais, artéria renal acessória ou qualquer um dos seus ramos pode causar hipertensão pela estimulação da liberação de renina das células justa-glomerulares do rim comprometido. A área do lúmen arterial deve estar diminuída em $\geq 70\%$ e um gradiente pós-estenótico significativo deve estar presente antes que provavelmente a estenose contribua para uma elevação da pressão arterial.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 35 anos, desempregada, tem como antecedentes pessoais: infeção do trato urinário aos 5 anos, decorrente da qual cumpriu estudo com ecografia renal, que mostrou estreitamento cortical e refluxo vesico-uretral (RVU) de grau 4 à esquerda e, RVU de grau 3 à direita. Aos 13 anos cumpriu cintigrafia renal que mostrou: rim direito com 30 % de filtrado plasmático e, rim esquerdo com 70% de filtrado plasmático. Na mesma altura, apresentou ecografia renal com RVU de grau IV, bilateral.

Aos 30 anos, a doente inicia queixas de cefaleias, com múltiplas idas ao Serviço de Urgência, onde foram verificados valores de tensão arterial elevadas ($\pm 180/130$ mmHg). Neste contexto, iniciou plano terapêutico com amlodipina + lisinopril + clonidina, sem resposta terapêutica, pelo que foi referenciada para consulta de nefrologia. Em consulta hospitalar, fez-se estudo complementar com ecografia renal, que evidenciou rim direito com perda da diferenciação cortico-medular e redução das dimensões por insuficiência renal crónica. Rim esquerdo vicariante sem dilatação das cavidades excretoras nem litíase. Analiticamente: noradrenalina 1918(quais as unidades?) (< 420), hemoglobina 9,8 g/dl; leucócitos 14 g/l; creatinina 2,6 mg/dl; ureia 119 mg/dl; lactato desidrogenase 800; proteína C reactiva 5 mg/dl e, angio-tomografia computadorizada (angio-TC) Renal que mostrou rim direito com 9 cm e calibre da artéria renal de 4.3 mm, sem lesões estenóticas focais e sem lesões de displasia fibromuscular. Rim esquerdo de 10,6 cm com calibre de 9 mm.

Neste contexto, considerou-se doente com doença renal crónica, estadio 5 (TFG 13 ml/min (1,73 m²) secundária a nefropatia de refluxo (submetida a cirurgia de re-implan-

tação uretérica aos 13 anos) que condiciona HTA de difícil controlo. Iniciou hemodiálise.

Aos 33 anos, por manter HTA reno-vascular, foi submetida a nefrectomia direita, no entanto, manteve HTA de difícil controlo, pelo que foi submetida a nova angio-TC que mostrou rim esquerdo de dimensões diminuídas, verificando-se redução das suas dimensões comparativamente ao exame anterior, mantendo normal diferenciação parênquimo-sinusal. A artéria renal esquerda apresenta estenose com redução do seu calibre desde o ostium e numa extensão de cerca de 11 mm, situação que não era visível no exame anterior onde tinha normal calibre.

Aos 34 anos é submetida a nefrectomia esquerda, tendo ficado normotensa e sem necessidade de terapêutica anti-hipertensora. No ano seguinte é transplantada a rim de dador cadáver, com boa resposta.

Conclusão: Deve-se suspeitar da existência de hipertensão renovascular se a hipertensão diastólica desenvolver-se abruptamente em um paciente com < 30 ou > 50 anos de idade, se houver o desenvolvimento recente de hipertensão ou a rápida piora dentro de 6 meses de hipertensão previamente estável ou se a hipertensão for inicialmente muito grave e associada a piora da função renal ou altamente refratária ao tratamento medicamentoso. Este caso clínico, mostra a forma devastadora que esta patologia pode assumir e a importância do diagnóstico precoce, salientando os aspetos de apresentação da doença, mais relevantes.

E-Poster 37

RELATO DE UM CASO DE ARTROPATIA

Josiane Garcia Scholten, Inês Gornilho, João Covas

USF Alfa Beja

Artrite reativa é uma espondiloartropatia soronegativa rara, considerada no doente que apresenta artropatias características; infeção extra-articular prévia; e ausência de outras causas.

Homem, 62 anos, sem antecedentes de relevo e com contacto com cabras e ovelhas. Recorre à consulta de urgência, como primeiro contacto com a USF, por queixas de dor e inchaço no punho direito. Diante da monoartrite foi feita hipótese de Artrite Gotosa, prescrito AINE e solicitado análises. Retorna 3 semanas após para médica assistente, com dor, edema e parestesia da mão direita com 45 dias de evolução. De novo dor e edema nas articulações tibiotársica. Nos resultados destaca-se apenas ligeira leucocitose com neutrofilia. PCR não dosado. No registo eletrónico, observa-se consumo de sulfametoxazol+trimetoprim prescrito por urologista privado 6 semanas antes da vinda a USF. Ao ser arguido, nega o episódio. Para diferenciação do diagnóstico solicitou se investigação de marcadores reumáticos e infecciosos específicos. Retorna em 1 sema-

na com exantema maculopapular no tórax e eritematoso nas palmas. Dos resultados se destacam: ligeira elevação da PCR ; PSA aumentado 3 vezes em relação a 1 mês ; IgM para Rickettsia positiva no limite mínimo. Aceita-se prostatite de causa indeterminada e prescreve-se doxiciclina 200mg dia. As sorologias para brucelose, rickettsiose e borreliose foram repetidas no laboratório Ricardo Jorge. Reavaliado nas 2 semanas seguinte, optou se por completar 3 semanas de doxiciclina, apesar das sorologias inalteradas. Em contacto seguinte, doente encontra-se em remissão completa e admite antecedentes de disúria.

Supõe-se uma Artrite reativa sexualmente adquirida, no entanto, falta-nos o diagnóstico etiológico da possível infecção sexualmente transmissível. Pela maior probabilidade epidemiológica seria por *Chlamydia Trachomatis* porém, não exclui se a *Neisseria gonorrhoea*. Este caso aborda o papel do médico de família, como gestor da doença. Destaca-se a fase primordial de diagnóstico, seguida da avaliação longitudinal. Como particularidade, indivíduo que pela primeira vez utiliza os serviços de saúde primários. Paralelo a construção da fundamental relação médico-doente, enfrenta o luto da perda do controlo sobre a sua saúde.

E-Poster 38

COMER ATÉ DESMAIAR

Pedro Vaz Silva, Elza Machado

USF Descobrimentos (Lagos), UCSP de Portimão - Extensão de Alvor

Introdução: A alergia alimentar é definida como uma reação adversa que ocorre quando o sistema imunológico reconhece erradamente uma fração proteica alimentar como uma entidade agressora para o organismo, designada por alérgeno. Na sua maioria, a alergia alimentar envolve mecanismos IgE mediados. Esta é um fenómeno relativamente frequente, particularmente em idades pediátricas, no entanto, só cerca de um quarto das suspeitas é que se confirmam após investigação adequada. A maior parte das crianças perde até à idade adulta a reatividade para vários dos alérgenos alimentares mais relevantes, desenvolvendo tolerância sobretudo no caso de leite de vaca e ovo. Contudo, a sensibilização a outros alimentos como o peixe, marisco, amendoim ou frutos secos tende a ser persistente. A apresentação clínica da alergia alimentar é muito variável, podendo desencadear desde reações leves como simples prurido labial até reações anafiláticas graves que podem comprometer vários órgãos e sistemas, sendo em alguns casos fatal.

Caso clínico: Paciente do género feminino, 35 anos, caucasiana, casada, funcionária em loja de vestuário, com antecedentes pessoais de rinite alérgica e tabagismo, estando grávida aquando da primeira avaliação em consulta, sem medicação crónica, hábitos alcoólicos ou história de

consumo de outras substâncias de abuso. Tem como antecedentes pessoais suspeita de alergia a ovo e látex e antecedentes familiares de asma em familiar de primeiro grau. É referenciada à consulta de Imunoalergologia para investigação de possível reação alérgica alimentar devido a dois episódios de lipotimia durante refeições, acompanhando-se de quadro de mal-estar e náuseas, com necessidade de recurso ao serviço de urgência. Foram realizados exames complementares de diagnóstico que confirmaram dermatite de contacto a látex e alergia alimentar a cominhos. Neste contexto foi elaborado plano de tratamento e mantém acompanhamento na especialidade de Imunoalergologia.

Conclusão: Para o diagnóstico de alergia alimentar é necessária a recolha de uma história clínica detalhada, bem como fazer investigação alergológica específica que confirme a presença de sensibilização ao alimento em causa. A Prova de Provocação Oral é o método *gold-standard* para a confirmação inequívoca de uma alergia alimentar. É importante conhecer os principais quadros de reatividade cruzada entre alérgenos alimentares e aeroalérgenos, dado que esse conhecimento pode auxiliar na fundamentação de suspeitas diagnósticas menos óbvias. A base terapêutica da alergia alimentar é a evicção dos alimentos implicados. No entanto, devem ser evitadas dietas demasiado restritivas e sobretudo que não sejam apoiadas numa investigação alergológica específica. O doente deve ser educado e estar atento no sentido de evitar ingestões inadvertidas do alérgeno alimentar, bem como ser portador de um plano escrito de ação para que possa rapidamente reagir caso isso aconteça.

E-Poster 39

Retirado

E-Poster 40

QUANDO A CLÍNICA SE SOBREPÕE À TAC – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tiago Carvalho Nunes, Sónia Santos

USF Mirante, ACES Central, ARS Algarve

Introdução: O método clínico é o processo sistemático pelo qual todos os médicos se devem reger na procura do diagnóstico. É, portanto, o método científico aplicado à prática clínica. Está bem definido, dividindo-se na sua faceta mais prática, por sequência de maior importância e preponderância, em anamnese, exame físico e meios complementares de diagnóstico. Atualmente, no entanto, tem existido uma tendência para a inversão e deterioração do método clínico, devido a uma progressiva desvalorização das capacidades semiológicas e clínicas aliadas a uma sobrevalorização da tecnologia diagnóstica, situação que é potenciada pelos curtos tempos de consulta e de-

sinteresse por uma boa relação médico-paciente. Este relato clínico procura dar visibilidade à situação atual do médico, refém dos meios complementares de diagnóstico, num universo onde a anamnese e o exame físico são muitas vezes desprezados, e onde o paciente e a sua relação com o médico são os grandes prejudicados.

Caso clínico: Homem de 73 anos, que iniciou marcha diagnóstica no centro de saúde por queixas de novo de dor abdominal epigástrica e azia. Após se descartar doença de refluxo gastroesofágico, pediu-se ecografia abdominal para esclarecimento da dor epigástrica de tipo cinturão. Resultado da ecografia indicou imagem hipocogénica irregular do pâncreas, compatível com possível neoformação pancreática. Foi pedido TAC abdominal urgente que se apresentou com resultado dentro da normalidade, sem sinais de neoplasia. A nível analítico também se apresentou em todo o momento sem alterações. Apesar destes resultados, que aparentemente descartariam o processo oncológico, e ante o agravamento das queixas, associadas a perda ponderal recente e deterioração do estado geral, decidiu-se insistir e referenciar para consulta de Gastrenterologia para esclarecimento do caso. Posteriormente, já em contexto hospitalar, confirmou-se a suspeição clínica, sendo estabelecido o diagnóstico de neoplasia pancreática.

Conclusão: O relato deste caso clínico prova uma vez mais a importância de recuperar o método clínico como arma principal de um médico, de forma a permitir que o seu juízo clínico e capacidade semiológica sejam o suficientemente desenvolvidos para se sobrepor, quando pertinente, às limitações dos exames, lembrando que estes são complementares ao diagnóstico e não o diagnóstico em si.

Palavras-chave: Método clínico, Semiologia, Neoplasia pancreática, Meios complementares de diagnóstico.

E-Poster 41

DOENÇA PROFISSIONAL: SIM OU NÃO? EIS A QUESTÃO

Daniela Pedro Correia, Pedro Miguel de Almeida Lopes
UCSP Vagos II - ACES Baixo Vouga, USP ACES Baixo Vouga

Introdução: As doenças profissionais têm etiologia multifatorial, sendo causadas ou agravadas por fatores no local de trabalho. As tendinites estão associadas a trabalhos que impliquem movimentos frequentes e rápidos e em posição ou atitude que determinem sobrecarga sobre bainhas tendinosas, tecidos peritendinosos, inserções tendinosas ou musculares.

Caso clínico: Sexo feminino, 46 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Sem hábitos tabágicos ou hábitos etílicos. Trabalhadora dos CTT (faz entregas de correio, cargas/descargas de materiais).

Em outubro de 2018 recorre à consulta por múltiplas queixas algicas que associava com a sua atividade laboral, com sintomatologia a agravar desde há cerca de 4-5 anos.

Referia estar a fazer tratamentos de fisioterapia e a ser seguida em consulta de Ortopedia (no privado), mas com pouca melhoria por manter atividade profissional. Recorria também à osteopatia e à acupuntura e praticava pilates.

Ao exame objetivo apresentava tendinite do supra-espinhoso esquerdo, epicondilite e epitrocleite à esquerda, trocanterite e tendinite do adutor da coxa à esquerda.

Realizou ecografia ao ombro esquerdo (com alterações degenerativas e de tendinite), ao cotovelo esquerdo (confirma epicondilite) e ao trocater esquerdo (com bursite e trocanterite), que corroboram as queixas. Foi emitido Certificado de Incapacidade Temporária para o trabalho (CIT). Em dezembro de 2018 traz informação clínica do Ortopedista assistente a declarar que deveria ser atribuída doença profissional, dado que a patologia do membro superior estaria relacionada comos gestos repetidos e de suporte de pesos e a tendinite do adutor e trocânter à esquerda com a entrada e saída constantes do veículo de distribuição de correio ou cargas. A utente teve receio da emissão de CIT por doença profissional e preferiu manter CIT por doença natural, apesar do esclarecimento. Em janeiro de 2019, recorre à consulta bastante melhorada com os tratamentos de fisioterapia e acupuntura e ausência de esforços, com vontade de terminar os tratamentos e regressar ao trabalho. Foi emitida carta para o Médico do Trabalho para correlação de queixas com atividade profissional, aguardando-se parecer.

Conclusão: A suspeita ou agravamento de doença profissional deve levar à sua notificação, de forma a promover a saúde dos trabalhadores. O estabelecimento de medidas preventivas e corretivas no local de trabalho permitirá evitar ou minimizar a exposição de outros trabalhadores a semelhantes fatores de risco profissional, propícios ao aparecimento de novas situações de doença profissional.

E-Poster 42

PARA ALÉM DA DIABETES: UM DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CANCRO PANCREÁTICO

Bárbara Chaves, Dinamene Oliveira, Carine Silva
UCSP Águeda V, USF Águeda + Saúde

Introdução: Os sintomas do cancro do pâncreas são geralmente inespecíficos e tardios, sendo o diagnóstico realizado num estadio avançado, com prognóstico sombrio. O início recente e abrupto da intolerância à glicose ou diabetes mellitus pode ser um sinal precoce.

O Médico de Família tem um papel crucial na prevenção da doença e vigilância da doença crónica. Sendo a diabetes mellitus uma doença muito frequente, é necessário estar atento às particularidades de cada caso. O conhecimento holístico do Médico de Família acerca dos antecedentes do doente pode ser determinante.

Caso clínico: Utente de 67 anos, sexo feminino, pertencente a família nuclear na fase VII do ciclo de Duvall, Gra-

ffar III. Antecedentes pessoais: perturbação depressiva, hipertensão arterial, dislipidemia e obstipação.

A 08/10/2018 recorreu à Médica de Família para mostrar análises de vigilância, destacando-se glicose em jejum de 253mg/dL. Analisando os valores analíticos anteriores, verificava-se aumento considerável e súbito da glicose, numa doente sem antecedentes de diabetes mellitus. Referia queixas de flatulência no contexto de obstipação crónica, condicionando ocasional desconforto abdominal. Foi requisitada hemoglobina glicada que foi de 8.4% e ecografia abdominal, que revelou “pâncreas ligeiramente mais hipoecogénico do que o habitual”.

A 17/10 realizou TC abdominal, que mostrou “área hipodensa no corpo pancreático com 25mm, com presença de adenomegalias”.

A Médica de Família contactou telefonicamente o serviço de cirurgia hepato-bilio-pancreática, sendo a doente observada na mesma semana.

Realizou RMN a 24/10, que revelou “na transição da região cefálica para o corpo do pâncreas, área nodular mal definida hipovascular com 19mm, suspeita de neoplasia pancreática, sem evidência de lesões secundárias”. Marcadores tumorais: CEA 276ng/mL, CAA >1200 U/mL.

A 15/11 o caso foi a reunião multidisciplinar e a 20/11 a doente foi submetida a pancreatectomia proximal.

Conclusão: A prestação de cuidados longitudinais é uma importante característica da Medicina Geral e Familiar, que permite detetar alterações nos padrões habituais do doente.

Em Medicina Geral e Familiar, o doente apresenta-se com sintomas precoces e inespecíficos, sendo a gestão do risco nestas circunstâncias um aspeto chave da disciplina.

O Médico de Família tem um papel central na gestão da doença, não só pela sua abordagem holística e num contexto familiar, mas também como elo de ligação entre os vários níveis de cuidados de saúde.

Neste caso, todos estes aspetos foram determinantes para um diagnóstico atempado, com consequente melhoria do prognóstico.

E-Poster 43

A MANIA DE DEIXAR DE FUMAR

Diogo C. Tavares, Solange Mendonça, Luz Veloso
USF Cidadela - ACES Cascais

Introdução: O tabagismo continua a ser uma importante causa de morte prevenível em Portugal. Todos os anos mais de 11.800 portugueses morrem por doenças atribuíveis ao tabaco. A dimensão deste problema tem motivado a criação de diversas consultas de apoio à cessação tabágica e por conseguinte ao aumento do consumo de fármacos neste âmbito – só no primeiro trimestre de 2017 o consumo de vareniclina (Champix®) aumentou cerca de 68,2%.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem, 54 anos, economista, pertencente a família nuclear simples, na Fase V do ciclo de Duval. Apresenta como antecedentes pessoais: hipertensão arterial essencial e dislipidemia, controladas farmacologicamente com bisoprolol 5mg - id e sinvastatina 20mg - id, respetivamente.

O doente foi levado pelos familiares ao Serviço de Urgência (SU) por apresentar alterações do comportamento na última semana – euforia, gastos excessivos e comportamento social desadequado. Não apresentava história psiquiátrica prévia (pessoal ou familiar), história recente de declínio cognitivo ou alterações do humor e negava consumo de tóxicos. Fumador de 40 UMA, relatava ter iniciado há 1 mês terapêutica com vareniclina, estando em abstinência tabágica desde então. Terá cumprido esta terapêutica durante 3 semanas, tendo-a suspenso 1 semana antes da vinda ao SU.

Ao exame do estado mental e entrevista clínica apresentava: insónia, aumento de energia, desorganização do pensamento, preocupações religiosas e desinibição sexual. O discurso era verborreico e altissonante sem, no entanto, apresentar alterações do pensamento ou dos limites do eu. O doente foi internado em enfermaria de psiquiatria tendo-se excluído causa orgânica, e iniciado terapêutica estabilizadora do humor (carbonato de lítio), com remissão completa do quadro clínico. Após a alta manteve seguimento em consulta de Psiquiatria, permanecendo assintomático, mesmo após suspensão da terapêutica com lítio. Tendo em conta a evolução clínica, assume-se como diagnóstico final: primeiro episódio maniaco secundário a terapêutica com vareniclina.

Conclusão: Apesar do apoio farmacológico aumentar a eficácia da cessação tabágica, o clínico deve manter-se alerta para efeitos secundários, ainda que raros potencialmente graves, desta terapêutica. O processo de cessação tabágica requer um adequado acompanhamento e educação, tanto dos doentes como da sua família, em todas as etapas até à conquista da abstinência.

E-Poster 44

UM CASO DE NEOPLASIA DE LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DESCONHECIDA

Madalena H. Monteiro, Rosário Rodrigues
USF S. João da Talha

Introdução: As neoplasias de localização primária desconhecida representam 4-5% de todas as neoplasias. Caracterizam-se por uma neoplasia cujo resultado histológico é incompatível com neoplasia primária e em que não foi possível identificar a localização primária nos exames complementares de diagnóstico solicitados. O quadro clínico é caracterizado geralmente por sintomas relacionados com as metástases.

Descrição do caso: Homem de 62 anos, caucasiano, ca-

sado, residente em S. João da Talha, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, obesidade (IMC 35), abuso crónico do álcool (>1 litro de vinho por dia) e tabagismo ativo (50 UMA), recorre à consulta do seu médico de família em maio de 2018 por nódulo com 6 meses de evolução e aumento progressivo de dimensões na região latero-cervical direita. Ao exame objetivo, palpava-se uma massa de consistência pétreia, de 6 cm de maior eixo, aderente aos planos profundos, indolor, e a cavidade oral sem alterações. Foi solicitado TAC urgente do pescoço que revelou massa sólida heterogénea latero cervical direita adjacente ao trajeto jugulo carotídeo com cerca de 4,5x3 cm sendo de natureza indeterminada por este exame mas com características de suspeição. Foi referenciado com urgência à consulta de cirurgia da cabeça e pescoço, onde foi feita biopsia revelando carcinoma pavimentocelular (metástase cervical?) negativa para p16 e EBER. Analiticamente destacando discreta leucocitose, sem outras alterações relevantes. RX tórax sem claros sinais de tumor primário. Laringoscopia revelou apagamento do seio piriforme direito por aparente empurramento extrínseco. Broncofibroscopia negativa para células neoplásicas. Endoscopia digestiva alta com gastrite crónica atrófica ligeira. TAC cavidade oral e seios perinasais descrevendo lesão de 6,5x4,5x6,5 cm sem plano de clivagem com a carótida primitiva e múltiplas adenomegalias satélites. PET com lesão cervical direita hipermetabólica e adenopatias cervicais e supraclaviculares direitas e cervicais esquerdas hipermetabólicas, sem outros focos de captação anómala do radiofármaco noutras localizações. Decide-se em discussão multidisciplinar iniciar radioterapia e quimioterapia para carcinoma pavimentocelular primário oculto com metastização cervical, sem critérios cirúrgicos de ressecabilidade.

Discussão: Inicialmente deve ser feita uma história clínica e um exame objetivo completos, avaliação analítica e exames de imagiologia, de forma a identificar a localização primária, no entanto esta investigação não deve ser exaustiva, pelo contrário deve focar-se em tumores em cujo tratamento dirigido terá um resultado positivo no prognóstico. Uma relação médico-doente de confiança é essencial para manter a adesão do doente aos cuidados de saúde.

E-Poster 45

QUANDO UM CANSAÇO NÃO VEM SOZINHO – CASO CLÍNICO

Carolina Perfeito

Centro de saúde Dr. Rui Adriano Freitas - ACES Madeira

Introdução: O tromboembolismo venoso é a terceira doença cardiovascular mais frequente com uma incidência anual global de 100 a 200 por cada 100 000 habitantes. A embolia pulmonar aguda é a apresentação clínica mais grave do tromboembolismo venoso e uma importan-

te causa de mortalidade, morbidade e internamento.

Existem vários fatores predisponentes para tromboembolismo, e tendo os sintomas e sinais baixa sensibilidade e especificidade, é importante salientar que a história clínica é muito importante e não devemos desvalorizar o que nos é transmitido. E atuar corretamente em caso de suspeição da mesma.

Caso clínico: Mulher de 61 anos que recorre ao serviço de urgência na periferia por cansaço associado a dispneia com uma semana de evolução e agravamento desde há 2 dias para pequenos esforços, como tomar banho ou vestir-se. Nega dores torácicas, DPN, ortopneia. Nega edema dos membros inferiores. Nega palpitações. Nega tosse ou hemoptises. Sem outras queixas associadas.

Doente com hipertensão e dislipidemia. Medicada com lercanidipina 10; atorvastatina 20; losartan e hidroclorotiazida 100+12,5; anebivolol 5.

Ao exame objectivo encontrava-se consciente, orientada e colaborante. Mucosas coradas e hidratadas. Eupneica em repouso, saturação oxigénio em ar ambiente de 91%; TA: 109/75 mmHg; FC: 94 bpm; temperatura timpânica de 36,5°C; auscultação cardiopulmonar sem alterações; exame neurológico sumário sem alterações; sem edemas dos membros inferiores. Foi realizada uma gasimetria com pH 7.46; pCO₂ 33.7; pO₂ 72; lactatos 1.8; HCO₃ 25; Hb 12.6; ionograma sem alterações. Fez um ECG com inversão das ondas T em V1 a V5, sendo encaminhada para o serviço de urgência do hospital central para observação.

À chegada ao hospital foram pedidas análises que apresentavam D-dímeros de 6581; BNP 414; troponina 0.04, sendo pedido Angio-TC pulmonar, com resultado de tromboembolia pulmonar aguda maciça bilateral, sendo identificado adenopatia axilar esquerda e uma tumefação adenopática retro-peritoneal com cerca de 13.6x11.8cm. Internada para tratamento da tromboembolia e estudo da tumefação encontrada.

O internamento decorreu sem intercorrências, com resolução da tromboembolia e diagnóstico de linfoma não hodgkin difuso de grandes células B, após excisão de adenopatia axilar esquerda, iniciando quimioterapia.

Conclusão: A embolia pulmonar maciça é uma causa de morte importante, sendo crucial o encaminhamento correto quando existe suspeita da mesma. A sua fisiopatologia e a possibilidade de ocorrer devem estar sempre presentes na prática clínica diária, não esquecendo que o risco tromboembólico de cada doente deve ser avaliado periodicamente.

O tromboembolismo idiopático pode ser considerado um marcador de cancro, dada a sua relação conhecida com doenças oncológicas. Num doente com tromboembolismo idiopático há cerca de 10% de risco de lhe vir a ser diagnosticado um tumor maligno nos dois anos seguintes. Assim como um doente com patologia neoplásica conhe-

cida, o risco para o acontecimento de um tromboembolismo está aumentado.

Com este caso clínico é tentado transmitir os sinais de alarme de uma embolia pulmonar e o seguimento do mesmo quando não há uma causa subjacente conhecida, por forma a prevenir que ocorra de novo ou descobrir alguma doença de base que aumente a predisposição para que ocorram.

E-Poster 46

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA GESTÃO DOS CUIDADOS

Joana Araújo dos Santos, Duarte Menezes Cardoso, Clarinha Guedes, Sandrine Santos Fazio Pinheiro
USF São João do Estoril - ACES Cascais

Introdução: A medicina geral e familiar (MGF) é a especialidade integradora da informação, promovendo uma abordagem holística e abrangente e cuidados centrados na pessoa. O médico de família (MF) é habitualmente o profissional de confiança com quem o utente mantém um maior compromisso de assiduidade. O caso que se segue exemplifica-o.

Caso clínico: A.A, sexo masculino, 61 anos, divorciado, 3 filhos, reformado por invalidez. Previamente utente de outra MF e pouco frequentador das consultas, iniciou seguimento pela atual MF em 2014. Na altura, o utente estava desempregado e apresentava antecedentes de tuberculose pulmonar, diabetes mellitus (DM) não insulínica, hipertensão arterial (HTA) grau 3 não medicada, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (GOLD desconhecido), doença arterial periférica (com claudicação intermitente estadio 2b, seguido em consulta de Cirurgia Vasculosa (CV)). Era fumador (50 UMA) e apresentava etilismo crónico. Inicialmente, procurou-se conhecer melhor o utente e o contexto sociofamiliar; melhorar o controlo das patologias de base; investigar outras comorbilidades; promover adesão às consultas e terapêuticas propostas; e motivar para a modificação dos hábitos tóxicos.

No decorrer dos cuidados e até final de 2016, o utente mostrou-se mais recetivo e motivado a manter seguimento regular e maior adesão ao plano terapêutico, o que fez com que a DM e HTA ficassem bem controladas e que tivesse parado de fumar de outubro 2014 a início 2015 e parado de consumir álcool. Foi referenciado a consulta de Pneumologia, por DPOC GOLD C, e foi detetada cirrose, de etiologia tóxica (alcoólica) e infecciosa (hepatite C), com encaminhamento à Gastroenterologia, onde realizou terapêutica antiviral, com sucesso, em maio 2016.

A partir de janeiro 2017 tornou a mostrar desmotivação na vinda às consultas e parou toda a medicação. Em maio desse ano, sofreu um acidente vascular cerebral isquémico, com hemiparesia direita. Esteve internado em Unidade de Reabilitação e posteriormente esteve a residir durante

um curto período com um dos filhos, com quem terá mantido uma relação um pouco conflituosa, que o fez querer voltar para sua casa. Aí foi estabelecido contacto com o filho e sugerido pedido de apoio por assistente social, no sentido da procura de apoios comunitários no domicílio. Embora com melhoria de sequelas, o utente manteve algum défice funcional, tendo-se gerado um novo estado de desmotivação, com retoma de hábitos tabágicos, falta de adesão terapêutica (com novo descontrolo das patologias de base) e degradação do estado geral. Passou a faltar a algumas consultas hospitalares e de MGF, e recusou-se a voltar às consultas de CV, por alegada incompatibilidade com o médico. Foi assim necessário reconvocar o utente através de contacto telefónico, fazer nova avaliação familiar e manter contacto próximo com a irmã e a sobrinha (também utentes da mesma MF), no sentido de se promover algum apoio na adesão às consultas e terapêutica. Em setembro de 2018, em consulta de MGF, foi detetado um sopro abdominal, tendo o ecodoppler evidenciado estenose > 60% da artéria renal direita e estenose >70% da artéria ilíaca comum direita. Foi proposta nova consulta de CV, que embora muito renitente, o utente pareceu aceitar, aguardando data.

O utente encontra-se atualmente reformado por invalidez, numa situação social e económica frágil, a residir com a sobrinha, a qual lhe presta apoio em termos da alimentação, higiene e medicação.

Conclusão: Com este caso evidencia-se a importância do conhecimento do contexto sociocultural e familiar; da prática centrada no paciente; e do estabelecimento de uma boa relação médico/paciente, que permita a continuidade de cuidados, a promoção da saúde e o seguimento de problemas agudos e crónicos. Num utente difícil, é habitualmente o MF que mantém a confiança do mesmo, revê o estilo de vida, tenta fazer cumprir a terapêutica, efetua alguns diagnósticos importantes e promove o apoio familiar e social.

E-Poster 47

UM CASO DE LÚPUS COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EM ATIVIDADE

Rosário Rodrigues, Madalena Monteiro
USF São João da Talha

Introdução: O Lúpus Eritematoso sistémico é uma doença autoimune multissistémica, de etiologia desconhecida, mais frequente no sexo feminino e em idades jovens. As manifestações musculoesqueléticas, dermatológicas e hematológicas são as mais usualmente descritas. As exacerbações da doença são frequentes, imprevisíveis e de gravidade variável. A síndrome antifosfolipídica está comumente associada a outros distúrbios autoimunes, sendo o lúpus eritematoso sistémico aquele a que se associa mais frequentemente (30%).

Descrição do caso: Mulher, 58 anos, caucasiana, casada, 2 filhas, empresária agrícola. AP: LES em 2001; Episódios de repetição de tromboflebite superficial e 2 TVP há cerca de 10 anos-medicada com varfarina; SAAF em 2012 com anticoagulante lúpico positivo fraco, Anticardiolipina IgG e IgM neg, anti-b2-glicoproteína IgG e IgM neg; Carcinoma papilar da tireoide - Tireoidectomia total em 1999; Erisipela na perna direita em 2017; DM tipo2; HTA; MGUS IgG Lambda. Bence Jones negativa em 2017; Gonartrose; Maculopatia secundária a Hidroxicloroquina.

MH: PDN 10 mg/d; AZA 150 mg/d; pentoxifilina 400 mg 1cp 12h/12h; levotiroxina 200 mg/d; Vessel 12h/12h; moduretic; enalapril 5 mg/d; metformina 500 mg 12h/12h; varfine 5 mg/d.

Em Setembro, inicia lesões cutâneas eritematosas violáceas no 1.º dedo do pé esquerdo, associadas a sensação de queimadura, sem limitação funcional. Foi a consulta de Reumatologia a 17/09, tendo sido feito ajuste terapêutico. No início de novembro, aparecimento de lesão cutânea eritematosa na metade inferior da perna esquerda, associada a dor intensa, sensação de queimadura e dificuldade progressiva na marcha. Refere ainda febre, acompanhada de suores noturnos. Neste contexto, foi a consulta privada de Dermatologia, medicada com 3 injeções de penicilina para erisipela, sem melhoria. Após 1 semana refere quadro súbito de lentificação psicomotora e disartria intermitente, associada a agravamento do estado geral. Este episódio durou cerca de 10 minutos e recuperou com sensação de náusea, tendo voltado ao seu estado habitual em 30 minutos. Ao EO apresentava TAS 85 mmHg, lentificação do discurso, ROTs mantidos, edema marcado do MIE, condicionando dificuldade na marcha. Enviada ao SU do HSFx para esclarecimento do quadro. No SU, realizados TC-CE, Venó-TC, Eco-Doppler MI esquerdo e observada pela Neurologia, sem alterações, concluído que as características do episódio pareciam atípicas para evento vascular agudo, com possível relação com sintomatologia sistémica de hipotensão. Após 3 dias, refere toracalгия na região anterior do hemitórax direito, tipo pontada, com irradiação para a região lateral e agravada com a inspiração. Negava dispneia, tosse, palpitações. Ao EO apenas se destacava lesão eritematosa no terço inferior da perna esquerda, com zona necrótica. Por manutenção da sintomatologia foi feita carta de pedido de observação urgente em consulta de reumatologia por eventual descompensação de LES+SAAF. Em consulta de Reumatologia a 19/11, fica internada. Durante internamento concluiu-se tratar de agudização de LES com valores de SAAF muito elevados, que condicionaram um risco trombótico muito elevado, com TEP segmentar direito e AVC isquémico no território da ACM esquerda, apesar de hipocoagulada com valores de INR 2-3. Realizou 2 sessões de plasmaférese e 1 ciclo e Ciclofosfamida, suspendeu varfarina 5mg e iniciou eno-

xaparina em dose terapêutica e teve alta após 3 semanas, com seguimento mensal em hospital de dia.

Discussão: Este caso realça a importância do acompanhamento destes doentes não só a nível hospitalar mas também em CSP, de forma a avaliar a atividade da doença e adequar a terapêutica de forma a prevenir exacerbações. Foi uma doente que durante anos esteve seguida em consulta hospitalar sem queixas de relevo e que num curto espaço de tempo desenvolve um quadro grave de LES+SAAF em atividade que poderiam ter sido fatal não fosse a elevada suspeição diagnóstica e o encaminhamento urgente.

E-Poster 48

SÍNDROME DO ARROZ FRITO – O CURTO CAMINHO ENTRE UMA GASTROENTERITE E UMA MENINGITE

João Braga Simões^{1,2}, Sofia Azevedo¹

¹USF UarcoS, ²Escola de Medicina da Universidade do Minho

Apresentamos um caso de meningite numa criança de 4 anos do sexo masculino, eurocaucasiana, previamente saudável, provocada por *Bacillus cereus*, um agente atípico, ubíquo na natureza e que apenas tem descritos na literatura casos de infecção do SNC em indivíduos imunocomprometidos, utilizadores de drogas intravenosas ou que tenham sido submetidos a neurocirurgia.

No caso apresentado, a criança surge no Centro de Saúde trazida pela mãe, prostrada, sonolenta, febril, com cefaleia frontal, vómitos com início nessa madrugada. No dia anterior estaria conforme habitual, bem-disposto, alimentou-se normalmente. Sem diarreia, sem queixas respiratórias ou genito-urinárias, sem fono ou fotofobia, sem contactos com colegas ou familiares doentes. Filho mais novo de uma fratria de três, frequente infantário desde os 3 anos, estado vacinal actualizado e apenas uma dose de vacina contra *N. meningitidis* do grupo B. Desenvolvimento estatura-ponderal na faixa inferior do normal (P3-P15). Realça-se da história actual o diagnóstico de amigdalite aguda 10 dias antes, medicada com amoxicilina, que cumpriu durante 2 dias, até apirexia, e que suspendeu sem parecer médico.

Ao exame objectivo, apresenta febre de 38,6o C, com período de apirexia de 4 horas após ibuprofeno xarope, vigil e consciente, pouco activo e pouco reactivo. Orofaringe ruborizada, sem exsudado. Restante exame normal. Destaca-se do exame a rigidez da nuca e sinal de Brudzinski positivos, Kernig duvidoso. Após este achado foi imediatamente providenciado transporte para o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital de referência. À chegada ao SUP foram confirmados os achados do exame físico e iniciado prontamente o protocolo de abordagem de meningite, com colheita de análises, bem como, urocultura, hemoculturas e punção lombar para colheita de LCR. Foi iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone 100 mg/kg/

dia (14 dias) e aciclovir a 15 mg/kg/dose 8/8h (7 dias), com fluidoterapia para 100% das necessidades basais e internado o doente para manutenção terapêutica e vigilância. Resultados do estudo analítico: Leucocitose com neutrofilia. PCR normal; Líquor incolor, límpido, 42 células, 42 leucócitos, predomínio de neutrófilos (92%), 8% de linfócitos; glicose 77mg/dL; proteínas 29.20 mg/dL. Antígenos solúveis em LCR negativos; Urocultura e hemoculturas negativas; Pesquisa por PCR de *M. pneumoniae*, *H. simplex* tipo 1, *V. zoster*, Vírus Epstein-Barr, VH6, CMV negativas. PCR de Enterovirus foi positivo (resultado posterior à resolução do quadro).

Durante o internamento a evolução foi favorável, com apirexia sustentada após 48h de internamento, sem deterioração do estado de consciência, com tolerância a dieta oral a partir do 2º dia. A terapêutica instituída demonstrou ser eficaz apesar de o *B. Cereus* ser um reconhecido agente produtor de beta-lactamases e resistente a cefalosporinas de 3ª geração.

A hipótese de contaminação foi avançada, dado o carácter ubíquo do patogénico isolado, mas o seu crescimento isolado, em amostra pura, permitiu ao Laboratório de Microbiologia excluir essa hipótese.

Apesar da mortalidade associada a infecções do SNC por *B. cereus* ser elevada, o caso apresentado representa o sucesso de um alto nível de suspeição e prontidão terapêutica, com um desfecho positivo para a criança, sem complicações no internamento e sem sequelas.

Este caso alerta o Médico de Família para a necessidade do exame físico completo, nas situações de febre e prostração em crianças, independentemente do contexto infeccioso, já que os sinais meníngeos podem estar presentes e ser fundamentais para a distinção entre situações benignas e autolimitadas e situações que põem em sério risco a vida, principalmente no contexto actual em que a vasta cobertura vacinal, quer a do Plano Nacional de Vacinação, quer a voluntária, torna cada vez mais raros os diagnósticos de meningite, sendo necessário manter os médicos atentos a esta patologia e aos aspectos do exame físico críticos no seu diagnóstico.

E-Poster 49

PEDRO E O LOBO – HTA SECUNDÁRIA NUMA DOENTE NÃO CUMPRIDORA

Madalena Leite Rio, Ana Catarina Luís, João Girão
USF Salus

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) constitui um importante problema de saúde pública a nível mundial, quer pela prevalência crescente, quer pelo impacto na mortalidade e no risco cardiovascular. De acordo com a etiologia, a HTA classifica-se em primária, quando não é possível estabelecer uma causa – 90% dos doentes; ou secundária, quando a HTA está associada a uma patologia identifi-

cável, potencialmente tratável.

O hiperaldosteronismo primário representa a segunda causa mais frequente de HTA secundária, variando a prevalência entre 5 e 13%, nos hipertensos. As duas principais etiologias do hiperaldosteronismo primário são o adenoma produtor de aldosterona e a hiperplasia suprarrenal, sendo a primeira mais comum.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 63 anos, antecedentes de fibrilhação auricular, HTA e dislipidemia, seguida pelo Médico de Família (MF) de forma irregular. Cumpria terapêutica anti-hipertensora otimizada de forma errática, recorrendo várias vezes à consulta por elevação tensional, sempre atribuída a incumprimento terapêutico. Em março de 2018, avaliada no Serviço de Urgência hospitalar por quadro de astenia e mal-estar geral, apresentava hipocaliémia que levantou a suspeita de efeito adverso de diurético. Em consulta de reavaliação, o MF colocou a hipótese de hiperaldosteronismo. Realizou tomografia computadorizada dirigida às suprarrenais, que revelou uma imagem micronodular com cerca de 7 mm, compatível com adenoma, sendo referenciada à consulta de Endocrinologia. Após suspensão dos fármacos com impacto no eixo renina-angiotensina-aldosterona, a avaliação analítica revelou aldosterona plasmática elevada e renina plasmática baixa. Estabelecido o diagnóstico, a doente está neste momento a aguardar internamento para concluir investigação e programar cirurgia.

Conclusão: Durante a evolução da HTA podem surgir formas secundárias para as quais o MF deve estar alerta.

Uma vez que a HTA secundária ocorre em apenas cerca de 10% dos casos, é imperioso identificar os doentes que devem ser investigados, assumindo a história clínica e o exame objetivo um papel valioso na condução do raciocínio clínico. Sendo este caso o de uma doente que não só faltava às consultas como cumpria as propostas terapêuticas de forma anárquica, facilmente percebemos que a suspeição de uma HTA secundária pode ser atrasada pelo papel que o doente assume perante a sua própria doença, levando por vezes ao subdiagnóstico de patologias como a descrita.

E-Poster 50

QUEM TEM PULGAS TAMBÉM PODE TER PIOLHOS (E CARRAÇAS, CÃES, GATOS...) – RETORRAGIA NUM DOENTE COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Madalena Leite Rio; Patrícia Canento
USF Salus

Introdução: O carcinoma gástrico é uma das neoplasias mais comuns no mundo. Em Portugal, regista taxas de incidência e mortalidade elevadas, com mais de 2000 óbitos por 100000 habitantes, em 2015. Afeta mais homens que mulheres e tende a surgir após a quinta década de vida. Muitos são inicialmente assintomáticos, atrasando o

diagnóstico. Os sintomas mais frequentes são: disfagia, epigastria, pirose, dispepsia, vômitos, hematêmeses, melenas, anorexia e emagrecimento. Em doentes com doença localizada, a única terapêutica potencialmente curativa é a ressecção cirúrgica do tumor.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e demência vascular, seguido pelo Médico de Família (MF) de forma regular. Em junho de 2018, referiu queixas de distensão abdominal, anorexia e presença de sangue vivo nas fezes, com um mês de evolução. Por suspeita de patologia digestiva baixa fez colonoscopia (excisão de 3 adenomas tubulares com displasia de baixo grau) e TC abdomino-pélvica, onde foi possível identificar litíase biliar. Um mês depois, o doente foi submetido a colecistectomia de urgência. Após a alta, no contexto de nova rectorragia em abundante quantidade associada a lipotímia, o doente recorreu ao Serviço de Urgência onde repetiu colonoscopia, tendo sido identificadas hemorroidas grau I congestionadas. Veio à consulta de seguimento com o MF e, no final, a filha contou que o doente começara a cair e a referir disfagia, recentemente. Neste contexto, o MF requisitou ecodoppler dos vasos do pescoço bem como endoscopia digestiva alta que mostrou “extensa neoplasia vegetante, ulcerada, envolvendo a pequena curvatura, ocupando 50% da circunferência do lúmen”. A histologia revelou tratar-se de adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. Foi pedida TC de estadiamento e efetuada referenciação à consulta de cirurgia geral do hospital da área de residência, onde aguarda cirurgia.

Conclusão: A rectorragia não é, habitualmente, o primeiro sintoma de cancro gástrico, ao contrário da anorexia e disfagia, que aumentam o grau de suspeição.

Este caso remete-nos para a vulnerabilidade do médico enquanto profissional que gere probabilidades: o que é comum é comum e o que é raro é raro. Apesar da dicotomia, cabe ao clínico manter apurado, em todas as circunstâncias, o sentido crítico e o raciocínio clínico na avaliação de achados nos exames complementares de diagnóstico que, identificando um problema, não excluem obrigatoriamente outros.

E-Poster 51

O QUE O DOENTE NÃO NOS DIZ

Ana Arnaut, Rita Durão
USF Cardilium

As doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa e morte em Portugal, com 29,8% dos óbitos registados em 2015. No conjunto das doenças do aparelho circulatório evidenciam-se os acidentes vasculares cerebrais (AVC) que representaram 10,8% do total de mortes no país. O AVC é a causa mais importante de morbidade e incapacidade a longo prazo na Europa, é

também a segunda causa mais comum de demência, a causa mais frequente de epilepsia no idoso e uma causa frequente de depressão. Aproximadamente 80% dos AVC são isquémicos e dois terços resultam de doença aterosclerótica carotídea extracraniana, consequência de embolização de uma placa na bifurcação carotídea para os vasos intracranianos ou por baixo débito. As guidelines para a prevenção do AVC incluem recomendações para alterações do estilo de vida e controlo dos fatores de risco. Descreve-se o caso de um homem de 55 anos, natural e residente em Torres Novas, casado. Vive com a esposa, encontrando-se na fase VII do Ciclo de Duvall e classe III da classificação de Graffar. Medicado regularmente com perindopril 5mg. Dos antecedentes pessoais, a destacar, HTA, excesso de peso (IMC 27), tabagismo (30UMA) e diagnóstico de carcinoma de células de transição de alto grau em outubro de 2017.

Recorreu pela primeira vez à consulta com o Médico de Família em outubro de 2018 para uma consulta de hipertensão. Aparentemente sem queixas. Apenas quando questionado referiu um episódio que tinha acontecido uma semana antes da consulta em que sentiu diminuição da força no braço esquerdo e perna esquerda e fala arrastada. Ficou assintomático ao fim de 2h e por esse motivo não foi ao SU. Foi realizado exame neurológico que se revelou sem alterações e colocou-se como hipótese de diagnóstico mais provável AIT. Foram solicitados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente holter, ecocardiograma, doppler carotídeo e TAC de crânio. Através deste estudo evidenciou-se a oclusão completa da carótida interna esquerda. O doente foi medicado com uma estatina de alta potência, rosuvastatina 20mg e AAS 150mg, foi feito pedido de consulta urgente Cirurgia Vasculosa e foram explicados os sinais de alarme ao doente que deviam motivar ida ao SU. Foi ainda explicado ao doente que devia evitar desportos de contacto.

Para um tratamento correto é necessário colher a história clínica e realizar o exame objetivo. A importância da anamnese não deve ser subestimada. Quando o doente recorre à nossa consulta para expor a sua situação, este tem necessidade de ser ouvido, compreendido e de se sentir “sentido”. Mesmo com todos os entraves diários, a comunicação é parte essencial da consulta médica e fundamental para a construção da relação médico-doente, estando o Médico de Família em posição única para o fazer.

E-Poster 52

O QUE UMA HEMATÚRIA PODE REVELAR POR DETRÁS DE UM DOENTE HIPOCOAGULADO

Paula Rodrigues, João Figueiral Ferreira, Ana Paula Pinheiro
USF Viseu-Cidade

Introdução: A fibrilação auricular (FA) é a arritmia mais comum no idoso. Neste grupo etário, associa-se a um risco mais elevado de AVC e de tromboembolismo sistémico, pelo que a anticoagulação oral (ACO) deve ser sempre considerada, exceto nas situações raras em que haja uma contra-indicação clara ou uma relação de benefício/risco nitidamente desfavorável.

Caso clínico: Homem de 81 anos, casado, reformado, inserido numa família nuclear, funcional, na fase VIII do ciclo familiar de Duvall. Não fumador. Hipocoagulado com varfarina desde 2013 por FA. Adicionalmente apresentava antecedentes patológicos de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, diabetes mellitus (DM) não insulino-tratado, depressão e hiperplasia benigna da próstata (HBP).

Recorreu à consulta Medicina Geral e Familiar (MGF) com queixas de hematúria macroscópica com 1 semana de evolução, sem disúria. Realizou tira de teste urinário que demonstrou a presença de sangue. Foi então solicitado pelo seu médico de família (MF) ecografia prostática e vesical supra-púbica, que demonstrou a presença de uma lesão com cerca de 22mm na parede lateral direita da bexiga. Foi encaminhado à consulta hospitalar de Urologia onde foi submetido a ressecção transuretral vesical (RTU-V), cuja histologia revelou tratar-se de um carcinoma papilar urotelial não invasor de alto grau limitado ao epitélio. Atualmente, o doente mantém seguimento em consulta com seu MF para controlo de INR e, em consulta de Urologia, onde irá realizar nova cistoscopia de follow-up.

Conclusão: De facto, um dos efeitos secundários mais frequentes da ACO é a ocorrência de hemorragia. Cabe ao MF perante um doente com queixas de hematúria, mesmo sob terapêutica com ACO, realizar uma investigação mais aprofundada de possíveis etiologias.

A neoplasia da bexiga é a neoplasia maligna mais comum envolvendo o sistema urinário, sendo que o carcinoma urotelial é o tipo histológico predominante na Europa, responsável por 90% de todas as neoplasias da bexiga. Em particular, o carcinoma papilar urotelial não invasor de alto grau tende a apresentar-se tipicamente com hematúria, sendo mais comum em homens na sétima década.

Deste modo, o MF desempenha um papel de suma importância no diagnóstico e orientação precoce destes doentes, bem como na gestão de receios por parte do doente e da sua família, conferindo suporte emocional e mostrando disponibilidade para a colocação das suas dúvidas acerca da evolução da doença.

E-Poster 53

O QUE VAI NA CABEÇA DE UMA ADOLESCENTE

Dineia Toscano, Ivo Reis, Luís Pardal
USF Colares

Introdução: A adolescência é um período de mudança a nível tanto físico como mental, necessitando de cuidados de saúde diferenciados. Nesta fase, as transformações físicas são exuberantes. Para obter uma vigilância adequada do adolescente é necessário, não só o seguimento médico, mas também mostrar abertura para ouvir o adolescente, estabelecendo uma relação médico-doente. A anamnese em cada consulta deve ser dirigida, procurando investigar se existem perturbações relativamente a algum dos parâmetros de desenvolvimento, devendo observar-se o comportamento do adolescente durante toda consulta. Temas como a puberdade normal e os seus desvios, os comportamentos de risco, comportamentos sexuais e contraceção devem ser abordados.

Caso clínico: Jovem de 14 anos, menarca aos 11, sexarca aos 14 anos. Habitualmente seguida em consulta de vigilância de Saúde Infantil. Recorre ao Médico de Família, após início de vida sexual, a consulta de Planeamento Familiar para prescrição de contraceção, referindo queixas de galactorreia desde os 9 anos. Refere não ter manifestado esta queixa anteriormente por “vergonha”. Sem alterações com a menarca, sem amenorreia, nega consumo de medicamentos. Ao exame objetivo destacava-se um desenvolvimento pubertário mamário estadio 5. Neste contexto, foi pedida ecografia mamária e ecografia ginecológica (normais) e avaliação analítica de onde se destaca prolactina de 44,8 ng/dL (normal de 4,2 a 23ng/dL) e TSH 3,2 mU/L. Na sequência destes resultados, opta-se por pedir estudo por TAC da Sela Turca onde é descrito “Ligeiro incremento das dimensões da glândula hipofisária (5,72mm). Após injeção de contraste define-se muito discreta área de hipodensidade circunscrita da vertente posterior e direita. Artefacto? Microadenoma?” Atendendo às queixas e após estes resultados opta-se por realizar a referenciação da doente para a Endocrinologia Pediátrica para continuação do estudo e eventual realização de ressonância magnética.

Conclusão: A vigilância e tratamento de adolescentes a nível dos Cuidados de Saúde Primários pode ser desafiante, devendo estes ser entendidos no seu contexto. A adolescência é uma fase de desenvolvimento não apenas físico, mas também de comportamento e ganho de autonomia. Neste contexto, os pais deixam de ser a principal fonte de informação na consulta de vigilância, passando o adolescente a sê-lo. Deste modo, e sendo este um período crítico no desenvolvimento de uma vida adulta saudável, o médico de família deve mostrar-se disponível para comunicar com o adolescente. Descrevemos este caso porque nos alertou para a necessidade de rever a nossa atuação na consulta de vigilância

de adolescente e criança pré-púbere, incrementando o seu papel na consulta e realizando anamnese mais dirigida a fases do desenvolvimento, comportamentos de risco e outros temas importantes nesta fase, de modo a realizar a detecção atempada de alterações. Neste caso, apesar de não ser uma patologia com mau prognóstico, era algo que necessitava de esclarecimento diagnóstico e causava ansiedade na doente desde há vários anos, merecendo atenção médica.

E-Poster 54

DORSO-LOMBALGIA PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO SOBRE MENINGIOMA

Inês Beatriz Clemente Casinhas
USF Conde da Lousã - ACES Amadora

Introdução: A dorso-lombalgia é um dos principais motivos de consulta nos cuidados de saúde primários (CSP), mas apenas 5% dos casos estão relacionados com doença grave. Os exames de imagem como TC ou RMN estão indicados quando existem défices neurológicos progressivos, suspeita de neoplasia ou infeção ou após 12 semanas de lombalgia persistente. A referência para o serviço de urgência (SU) está indicada para pacientes com suspeita de síndrome da cauda equina ou compressão da medula espinal.

Os meningiomas representam 1/3 dos tumores primários do sistema nervoso central, ocorrendo principalmente em indivíduos idosos e do sexo feminino. Apenas 10% surgem na medula espinal e são de crescimento extremamente lento e muitas vezes assintomáticos; os sintomas mais frequentes são diminuição da força e parestesias dos membros inferiores.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, autônoma para as AVDs. Antecedentes pessoais: HTA, síndrome depressivo, osteoporose

Recorreu à consulta em setembro de 2016 por queixas progressivas de lombociatalgia direita do tipo mecânico e diminuição da força dos membros inferiores com progressiva dificuldade na marcha, com um mês de evolução, sem outros sintomas. Ao exame objetivo observava-se força grau 4/5 dos membros inferiores, sensibilidade mantida, pulsos periféricos presentes, palpação das apófises espinhosas da coluna não dolorosa e Lasègue negativo. Foi pedida TC da coluna lombar que revelou alterações degenerativas plurisegmentares. Foi prescrita terapêutica analgésica, com alívio da dor.

Em novembro de 2016, houve agravamento da dor com extensão para a região dorsal, agravamento da diminuição da força muscular dos membros inferiores (grau 2/5) e início de parestesias dos mesmos. Foram pedidas TC da coluna cervical e dorsal que também revelaram alterações degenerativas plurisegmentares. Foi medicada com gabapentina 300mg/dia e tapentadol 100mg/dia.

Pelo agravamento das queixas neurológicas e suspeita de lesão compressiva da coluna, e pela impossibilidade de realizar RMN através dos CSP foi referenciada à consulta de Neurocirurgia, tendo ficado em lista de espera.

Em abril de 2017 recorreu novamente à consulta por incapacidade total para as AVDs por paraplegia e incontinência de esfíncteres. Nesta consulta a doente foi referenciada para o SU dado o agravamento súbito do quadro clínico.

No SU foi observada pela Neurocirurgia e encontrava-se em paraplegia total flácida com hiperreflexia de reflexos osteotendinosos dos membros inferiores, com nível de sensibilidade D4-D5 e hipostesia perineal com incontinência de esfíncteres. Fez RMN cérvico-dorsal que revelou lesão intradural (meningioma confirmado por anatomia patológica) com marcada compressão medular D1-D2.

Em janeiro de 2018 foi submetida a remoção total do meningioma e iniciou fisioterapia. Atualmente apresenta força grau 3 na extensão das pernas e na dorsiflexão e extensão dos pés e mobiliza-se em cadeira de rodas.

Conclusão: A abordagem dos pacientes com meningioma requer um equilíbrio delicado entre o tratamento definitivo do tumor e a prevenção de danos neurológicos do tratamento. A maioria dos meningiomas é benigna, mas pela sua localização e tamanho podem causar grave morbidade como foi o caso desta paciente que era previamente autônoma nas suas AVDs e atualmente encontra-se dependente e institucionalizada em Lar.

Este caso representa uma causa rara e potencialmente grave de dor dorso-lombar. Apesar de não ser a causa mais frequente de dor nos cuidados de saúde primários, os défices neurológicos de agravamento progressivo da doente, culminando em paraplegia num espaço de um ano, faziam suspeitar de algo mais grave do que apenas a patologia degenerativa que a doente já apresentava.

É importante frisar o facto de não se conseguir prescrever RMN nos CSP, exame que poderia ter contribuído para um diagnóstico e tratamento mais precoces desta doente, e para uma recuperação mais bem sucedida.

E-Poster 55

EXACERBAÇÃO DE DPOC, TUMOR OU OUTRO? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gil Correia, Rita Bandarra, João Guerra
USF Marquês de Marialva

Introdução: As doenças pulmonares são um frequente motivo de consulta em Medicina Geral e Familiar, tendo este especialista um importante papel no seu diagnóstico e tratamento.

De entre estas, a DPOC constitui a 4ª causa de morte. É uma patologia comum, prevenível e tratável cujo principal fator de risco é o tabagismo. As exacerbações agudas estão associadas ao seu agravamento; cerca de metade destas têm etiologia bacteriana.

Por outro lado, o pulmão é sede importante de lesão neoplásica, quer primária, quer secundária. Uma história clínica detalhada, um elevado índice de suspeição, e os exames complementares são fundamentais. Porém, o médico deve ter sempre presentes as limitações dos mesmos no estabelecimento do diagnóstico definitivo e a possibilidade de patologias pouco comuns, especialmente em doentes com multimorbilidades.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 72 anos, natural de Faro, residente em Cantanhede, casado, reformado, inserido numa família nuclear, altamente funcional, em fase VIII do ciclo de Duvall. Tem como antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia, enfisema, neoplasia do cólon (2015). Hábitos tabágicos de 30 cigarros/dia (83 UMA); nega hábitos etílicos ou alergias.

Medicado com alprazolam 1 mg; fluticasona + salmeterol, 250 µg/dose + 50 µg/dose; sinvastatina 20 mg. Má adesão terapêutica.

Recorreu a consulta aberta em junho de 2018 por tosse com agravamento progressivo com uma semana de evolução, arrepios, sudorese e cansaço.

A auscultação pulmonar revelou crepitações na base direita e terço inferior do hemitórax esquerdo. Foi diagnosticada infeção pulmonar e medicado com levofloxacina, 500 mg e carbocisteína, 1500 mg.

Voltou após dois dias por agravamento das queixas e apresentava uma aparente diminuição do murmúrio vesicular à esquerda, tendo sido encaminhado ao Serviço de Urgência.

Na informação de retorno: identificou-se uma opacidade com características alveolares no RX tórax, tendo tido alta com aumento de dose de levofloxacina para 750mg id durante 10 dias e ciclo curto corticoide sistémico.

Cerca de um mês depois recorreu a consulta aberta por tosse e febre com 4 dias de evolução tendo sido novamente encaminhado ao Serviço de Urgência.

Regressou após duas semanas, acompanhado pela esposa, em consulta programada, preocupado a solicitar opinião e aconselhamento relativamente a “aspecto sugestivo de lesão neoplásica” em TC pulmonar realizada durante internamento no Serviço de Pneumologia. Solicitava opinião acerca de realização de PET-CT e biópsia transtorácica guiada por TC. Foram prestados esclarecimentos e apoio perante o diagnóstico possível estabelecido.

No final de agosto de 2018 voltou, acompanhado pela esposa e filho, após internamento no S. Pneumologia em que realizou PET-CT sugestiva de massa neoplásica maligna. No entanto, a citologia do lavado broncoalveolar mostrou ausência de células neoplásicas e a biópsia revelou infeção fúngica. Foi medicado com itraconazol com melhoria clínica e indicação para manter terapêutica inalatória

Conclusão: A riqueza da Medicina é o caráter único de cada doente e o desafio que cada quadro clínico consti-

tui em si mesmo. Aqui sublinha-se o papel do Médico de Família importante fonte de apoio e de informação para o utente e o seu agregado familiar perante as múltiplas situações de doença.

A infeção do pulmão por fungos é pouco frequente. A TC torácica tem habitualmente boa sensibilidade, no entanto, o diagnóstico definitivo é dado pela análise do lavado broncoalveolar ou biópsia. O prognóstico é muito diferente do que seria de esperar para uma lesão neoplásica.

A comunicação e a confiança na relação médico-doente são aqui fundamentais para a compreensão e aceitação do grau de incerteza que muitos diagnósticos comportam.

E-Poster 56

CRENOTERAPIA NA RINOSSINUSITE

Liane Carreira, Martina Rocha, Patricia Costa
Caldas da Felgueira

Introdução: As afeções das vias respiratórias são o principal motivo da consulta na prática clínica diária sendo muito importante o contributo dos cuidados de saúde primários no diagnóstico e tratamento.

Atualmente, a rinossinusite crónica constitui um problema de saúde pública com elevado impacto económico para a sociedade. Afeta qualquer grupo etário assumindo um impacto relevante nas atividades da vida diária dos indivíduos, na medida em que afeta a sua vida profissional e académica. A prevalência da rinossinusite em Portugal é cerca de 13%, sendo superior no sexo feminino.

Os objetivos do tratamento são reduzir a inflamação e o edema, controlar a infeção, restaurar a ventilação adequada das cavidades e recuperar a função da mucosa nasossinusal. Assim sendo, a terapêutica termal com águas sulfúreas é uma opção no tratamento médico.

Caso clínico: Utente, 60 anos, sexo feminino que recorre a uma estância termal com o diagnóstico de rinossinusite crónica. Realizou tratamento termal durante 14 dias, com as seguintes técnicas termais: drenagem de Proëtz, aerossol manossónico, irrigação nasal e nebulização coletiva. Subjetivamente no final dos tratamentos e passados 6 meses refere uma melhoria significativa da sintomatologia tendo voltado para repetir tratamentos.

Conclusão: As águas sulfúreas, pela sua ação anti-inflamatória, antioxidante e dessensibilizante atuam favoravelmente nas mucosas, aliviando a dor, obstrução e congestão, diminuindo a intensidade e duração das agudizações e evitando a evolução para a cronicidade. As técnicas termais promovem a drenagem mecânica das secreções com alívio imediato da sintomatologia.

A crenoterapia é uma opção terapêutica, sendo importante os médicos de família a conhecerem e prescreverem aos seus utentes que devem estar no centro dos cuidados médicos.

E-Poster 57

IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA REGULAR NO DOENTE COM MULTIPATOLOGIA - UM CASO DE SUCESSO

Inês Melo Martins, Francisca Santos, Cláudia Paulo
USF Buarcos

Introdução: A nível dos cuidados de saúde primários é frequente o aparecimento de quadros clínicos inespecíficos particularmente em doentes com multipatologia. Cabe ao médico de família (MF), com o seu conhecimento do doente e do seu contexto, considerar devidamente todas as queixas e perceber discretas alterações na personalidade, na comunicação e no aspecto físico que, de outra forma, poderiam não ser valorizadas.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 78 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HTA) e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) que se apresentou em consulta programada de vigilância da sua DM e HTA no dia 16/07/2018. Ao longo da consulta o utente apresentou-se menos comunicativo e interactivo do que o seu habitual e quando questionado referiu que desde há uma semana notava alguns desequilíbrios com oscilação para o lado direito e alguma dificuldade na escrita mas que não tinha valorizado até há data. Estes desequilíbrios chegaram mesmo a causar 3 quedas, mas sem traumatismo cranioencefálico (TCE) ou perdas de conhecimento. A esposa ligeiramente mais preocupada referiu que deixou de entender a caligrafia do marido que antes era perfeita e notou-o com mais esquecimentos que o habitual. Esta notou ainda que a fala do marido por vezes ficava mais arrastada, por vezes com dificuldade em entendê-lo. Ao exame objectivo (EO) apresentava um exame neurológico com prova de barré duvidosa à direita e discreta diminuição da força muscular também à direita sem outras alterações de relevo. O utente apresentava ainda dificuldade em escrever o nome, com letra tremida e pequena e uma prova do relógio normal. Dados os antecedentes do utente e a alteração do seu estado neurológico ainda que ligeira enviou-se o utente ao serviço de urgência (SU) para esclarecimento etiológico. No SU realizou TAC-CE que revelou volumoso hematoma sub-dural crónico hemisférico esquerdo com 3,5cm com significativo efeito de massa tendo de imediato sido transferido para o Centro Hospitalar de Coimbra onde foi posteriormente submetido a craniotomia com drenagem do hematoma. O utente apresentou um pós-operatório sem intercorrências, tendo ficado apenas com diminuição da força muscular dos membros inferiores que após programa de reabilitação foi recuperada e encontrando-se actualmente sem qualquer sequela do evento.

Conclusão: Este caso permitiu demonstrar a importância da continuidade dos cuidados prestados pelo MF em doentes com importantes factores de risco cardiovasculares.

Esta regularidade e maior frequência de consultas permite ao MF conhecer melhor o utente, reavaliá-lo em menores períodos de tempo e notar pequenas alterações em fase precoce que de outro modo poderiam não ser valorizadas. Permitiu ainda reforçar a importância da correta referência aos cuidados de saúde secundários, para diagnóstico atempado e terapêutica das patologias que escapam à área de intervenção da Medicina Geral e Familiar.

E-Poster 58

“BOLHAS” DE VENDA LIVRE

Tatiana G. Pereira, Rosa Mascarenhas, Oscar Tellechea
UCSP Figueira Urbana, Hospital Distrital Figueira da Foz

Descrição do caso: Sexo feminino, 41 anos observada na Dermatologia a pedido do Serviço de Urgência por lesões pruriginosas em alvo, com descolamento bolhoso, confluentes a nível das pregas, perineo e periorificiais (face) com 15 dias de evolução. Único fármaco novo: Ilvico® (paracetamol + bromofeniramina + cafeína + ácido ascórbico). Sem alergias conhecidas. Sem estadias no estrangeiro. Antecedentes de depressão e anemia ferropénica, medicada com quetiapina 25 mg, ferro+ácido fólico 90mg/1mg e escitalopram 10mg. Controlo analítico com serologias virais (HIV, HBV, HCV, VDRL), apresentando apenas leucocitose com ligeira neutrofilia e aumento discreto da PCR. Hipótese Diagnóstica: Eritema Polimorfo? Pênfigo Seborreico? Plano: Biópsia cutânea com análise histológica e imunofluorescência direta. Sugerido Internamento Hospital (doente recusa). Medicada com metilprednisolona 32mg 1id, omeprazol 20 mg 1id, cefaclor 750 mg 12/12h, valerato de betametasona + ácido fusídico tópicos (desinfecção clorhexidina). Suspende Ilvico®. Marcada consulta Dermatologia para 13.12.2017

Análise histológica e imunofluorescência Direta deram diagnóstico de Dermatose Bolhosa IgA linear.

Discussão: A dermatose bolhosa IgA linear é uma rara doença auto-imune, podendo ser idiopática ou induzida por drogas (classicamente a vancomicina). As lesões características são vesículas ou bolhas, em geral agrupadas (herpetiforme). Ocorre em crianças e adultos. O seu diagnóstico faz-se pela biópsia de pele e imunofluorescência direta com presença de depósitos lineares de IgA na junção dermo-epidérmica. Os autores pretendem alertar que fármacos de venda livre poderão ter efeitos nefastos e imprevisíveis.

E-Poster 59

DOENÇA DE PEYRONIE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Bandarra, Filipe Vaz, Liliana Rumor, João Guerra, Tiago Silva, Gil Correia

USF Marquês de Marialva

Introdução: Estima-se que a patologia urológica contribua para cerca de 10% a 15% das consultas de Medicina Geral e Familiar. De entre as múltiplas patologias destacam-se pela prevalência a hiperplasia benigna da próstata, a disfunção erétil (DE) e as infeções urinárias. É necessário, no entanto, que o médico esteja também sensibilizado para as menos comuns e para a possível associação de mais de uma patologia urológica.

A DE afecta cerca de 10% dos homens, com uma prevalência crescente com a idade. Em Portugal estima-se que cerca de meio milhão de homens tenham algum grau de disfunção erétil. Esta define-se como a incapacidade persistente em obter e manter uma erecção adequada que permita uma actividade sexual satisfatória. A ejaculação precoce (EP) é uma disfunção sexual masculina muito prevalente (cerca de 30%), que pode ser primária ou secundária. Menos comum é o surgimento de uma placa fibrosa na túnica albugínea peniana que envolve os corpos cavernosos levando a curvatura do pénis durante a erecção; esta é conhecida como Doença de Peyronie. Tem uma incidência de 0,4 a 3% nos homens adultos. A fisiopatologia ainda não é clara, mas pode estar associada a traumatismo peniano, doença autoimune, anomalias do colagénio ou ainda a medicação.

Como em todas as situações clínicas cada doente é único sendo fundamental uma história clínica detalhada, conhecer comorbilidades pois, em muitas destas patologias a etiologia é multifactorial. Estão, também, associadas a outras condições clínicas, nomeadamente cardiovasculares, dislipidémia; psicogénicas associadas a factores de stress ou ainda causas mistas.

Caso clínico: Doente F.M.C., do sexo masculino, 55 anos, natural de Angola, casado e reformado, parte de uma família nuclear em fase VII do ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia, hiperuricémia, asma, défice de alfa1-antitripsina e esteatose hepática.

Consulta 1 (12/11/18): S - Refere diminuição da satisfação sexual com noção de espessamento/nódulo no terço médio do pénis durante a erecção. Refere também disfunção erétil associada a ejaculação precoce. O - Nódulo de consistência duro-elástica e móvel, na região dorsal média do pénis com cerca de 1 cm de diâmetro. A - Doença de Peyronie? Lesão neoplásica? Outra? P - Foi requisitado estudo ecográfico complementar por suspeita de doença de peyronie e para exclusão de outras patologias. Feito aconselhamento geral de estilos de vida saudáveis e conselho específicos para sintomatologia apresentada.

Consulta 2 (12/11/18): S - Traz ecografia que revelou alterações compatíveis com doença de Peyronie. Mantém sintomatologia. A - DP P - explicação da doença e as suas consequências no acto sexual. Inicia paroxetina e é referenciado para consulta de urologia. Programa nova consulta para reavaliação após consulta de urologia.

Consulta de Urologia: A - sem DE; DP P - Sem indicação cirúrgica. Sob vigilância.

Consulta 3 (11/01/19): Faltou

Conclusão: Perante um doente com multimorbilidade é fundamental uma história clínica detalhada. Esta revela frequentemente situações que, de outro modo, não teriam sido motivo de consulta para o doente. O que salienta o papel do clínico e a complementaridade entre o exame objetivo e os exames complementares. O estabelecimento de um diagnóstico concreto e fundamentado é premente para o plano terapêutico para o problema em questão, bem como patologias associadas e melhoria da qualidade de vida.

O tratamento da doença depende da fase em que esta se encontra. Na fase inicial o objectivo é controlar a dor, já numa fase mais avançada é de considerar a abordagem cirúrgica. É fundamental o acompanhamento e controlo da pluripatologia apresentada e o envolvimento do doente no plano terapêutico.

Este caso demonstra também a dificuldade e complexidade da gestão da consulta de MGF o que torna a consulta de um doente com multimorbilidade de uma grande exigência para o médico.

E-Poster 60

ERITROMELALGIA: QUE ABORDAGEM E TERAPÊUTICA?

Débora Batista, Elsa Melo

USF Eborae

Introdução: A eritromelalgia é uma doença rara, de transmissão autossómica dominante. Em termos etiológicos divide-se em primária e secundária. A sua patofisiologia não está totalmente esclarecida, contudo estudos mais recentes consideram que no caso da eritromelalgia primária existirá uma alteração a nível dos canais de sódio, enquanto a forma secundária parece estar relacionada com alterações funcionais microvasculares e neuropatológicas.

Apresenta uma incidência entre 0,36-2/100.000 e o diagnóstico na maioria dos casos é feito na quinta e sexta décadas de vida. Ainda que seja uma patologia rara, a sintomatologia subjacente consegue ser muito incapacitante daí a importância de um diagnóstico precoce para um tratamento adequado.

O médico de família é não raras vezes o primeiro a ter de lidar com a sintomatologia sendo fundamental ter esta patologia em consideração.

Caso clínico: Mulher, 66 anos, leucodérmica. Sem antece-

dentes familiares de relevo e como antecedentes pessoais de relevo coxartrose, obesidade e sedentarismo. Sem medicação habitual, apenas tramadol associado ao paracetamol quando tem agudização da sintomatologia da anca. Além disto referia que há uns meses era frequente acordar várias vezes durante a noite por ardor, sensação de queimadura e rubor dos pés. Referia sentir algum alívio com arrefecimento dos pés, sem necessidade de sair da cama e deambular. Durante o dia mantinha-se assintomática. Em termos de exames laboratoriais estavam dentro da normalidade, tendo sido também descartada a possibilidade de doença arterial periférica com recurso a doppler que não apresentava alterações significativas que pudessem explicar os referidos sintomas.

Esta doente foi observada durante o estágio opcional de Reumatologia, tendo tido como diagnóstico Eritromelalgia, motivo pelo qual mantinha seguimento naquela consulta. Após ter sido iniciada Pregabalina considerava ter melhorado significativamente toda a sintomatologia.

Conclusão: Classicamente a eritromelalgia apresenta-se com uma tríade sintomática: sensação de queimadura, dor e eritema principalmente dos pés. Estes sintomas são agravados pela temperatura elevada e exercício físico. O doente sente alívio com a exposição ao frio. Além da sintomatologia anteriormente referida, esta patologia tem repercussões consideráveis na qualidade de vida do doente, nomeadamente a nível psicológico e social.

Habitualmente a eritromelalgia primária afecta mais doentes do sexo feminino (2:1) enquanto a secundária é mais prevalente em doentes do sexo masculino (3:2). Embora a eritromelalgia secundária possa ter subjacente diversas patologias (doenças do colagénio, neuropatias, vasculopatias, neoplasias entre outras), a maioria dos casos são devidos a síndromes mieloproliferativas (policitemia vera e trombocitose essencial) sendo que habitualmente estes manifestam-se após o quadro de eritromelalgia em 85% dos casos, pelo que importa valorizar os sintomas do doente para um adequado seguimento dos mesmos.

Como exames complementares de diagnóstico deve ser solicitado hemograma com contagem de plaquetas, ecodoppler arterial e venoso, electromiografia dos membros inferiores, radiografia torácica e dos pés.

O tratamento compreende medidas preventivas nomeadamente exercício físico vigoroso e exposição a temperaturas ambientais elevadas. Quando a eritromelalgia tem implícita uma causa secundária o tratamento deve ser dirigido a essa etiologia. Tratando-se de etiologia primária existe opção de tratamento tópico (emplastro de lidocaína ou aplicação tópica de capsaicina) e terapêutica sistémica entre as quais se destacam os corticóides, a amitriptilina, a gabapentina, a pregabalina e magnésio.

Para concluir, o médico de família deve estar sensibilizado para um diagnóstico precoce desta patologia para

proceder ao tratamento disponível quando não há causa secundária e, na presença desta última, pela gravidade das patologias envolvidas, referenciar tanto mais precocemente quanto possível.

E-Poster 61

Retirado

E-Poster 62

A VERTIGEM QUE NÃO ERA APENAS UM SÍNDROME VERTIGINOSO

Raquel Portela Fernandes, David Torres Marcos
USF Planalto

Introdução: As doenças desmielinizantes são distúrbios imunologicamente mediados, que se caracterizam pela destruição preferencial da mielina do sistema nervoso central (SNS), sendo o sistema nervoso periférico (SNP) poupado. A esclerose múltipla (EM) é a doença mais comum entre as doenças desmielinizantes, tratando-se de uma doença crónica caracterizada por inflamação, desmielinização, gliose e perda neuronal, com grande impacto na qualidade de vida do utente.

Caso clínico: Utente do sexo feminino, 20 anos, antecedentes pessoais irrelevantes e sem medicação habitual. História familiar marcada de síndrome vertiginosa. Recorre ao SU, referenciada pelo seu médico de família por quadro tonturas, náuseas e vômitos, com um dia de evolução, associado a marcha atáxica. É diagnosticado síndrome vertiginosa. Recorre novamente ao SU após 1 semana, com o mesmo quadro, mas com agravamento no próprio dia com vômitos e prostração. Refere que no dia anterior tinha recorrido a Otorrinolaringologista, qua também confirmou o diagnóstico de Síndrome Vertiginosa e medicou-a com cinarizina + dimenidrinato 20mg + 40mg. Sem alterações analíticas de relevo ou alterações na TAC-CE. Mantém diagnóstico de Síndrome Vertiginosa, mas com recomendação de avaliação por Neurologia num dia de SU da especialidade.

A utente retorna como recomendado ao SU, passados 5 dias, e foi observada pela Neurologia. Refere que desde há cerca de 2 anos tem episódios de dormência de predomínio esquerdo (face e membros). Também refere já ter tido um episódio de dormência do membro inferior direito. Ao exame objetivo verificou-se nistagmos, principalmente no olhar conjugado para a esquerda, ataxia da marcha com desequilíbrio preferencial para a esquerda, hiperreflexia esquerda, reflexos cutâneo-plantares em flexão e sensibilidade postural sem erros relevantes. Atendendo à sintomatologia e à idade da doente, sugeriu-se internamento para estudo e exclusão de doença desmielinizante.

No internamento fez-se punção lombar, pediram-se RMN-CE e medular, potenciais evocados e restante estudo analítico para despiste de doença desmielinizante. Iniciou

ciclo de metilprednisolona de 3 dias. Dos resultados destaca-se a diminuição do valor de vitamina D (17ng/ml), a presença no LCR de bandas oligoclonais e índice de IgG aumentado (0,9). Nos potenciais evocados encontram-se alterações visuais, com aumento bilateral do tempo de latência e diminuição da amplitude da onda P100 de forma mais acentuada à esquerda. Na RMN-CE verificam-se múltiplas lesões supra e infra-tentoriais, bem como 3 lesões a nível cervical tratando-se, portanto, de uma doença desmielinizante. Apresentou grande melhoria do quadro clínico durante o internamento, mantendo, no entanto, assimetria de reflexos – mais vivos à esquerda. Teve alta, mantendo a terapêutica de desmame de corticoides em ambulatório e com consulta agendada para avaliação da terapêutica a ser instituída, após resultado da pesquisa do vírus JC.

Conclusão: Como médicos de família, quer em contexto de consulta nos CSP, como em eventual SU, devemos estar alerta para potenciais doenças desmielinizantes. Nem sempre quando há parestesias ou diminuição da força trata-se uma doença vascular e este caso é prova disso. A vertigem periférica não dá sintomas centrais e devemos estar providos de conhecimento para fazer o diagnóstico diferencial entre a vertigem central e periférica. Esta utente já tinha tido outros surtos, que passaram despercebidos e caso tal não tivesse acontecido o diagnóstico poderia ter sido feito de forma mais precoce e já estar a fazer medicação dirigida. A esclerose múltipla trata-se uma patologia que se revela de forma heterogênea, o que torna mais difícil lidar com a incerteza diagnóstica, principalmente nos primeiros surtos, mas que devemos estar capacitados para suspeitar de acordo com o quadro clínico.

E-Poster 63

BOAS PRÁTICAS NA ABORDAGEM DA URETRITE NO HOMEM – RELATO DE CASO

Beatriz Soares, Mágui Neto
USF Salvador Machado

Introdução: O agente etiológico mais comum na uretrite infecciosa masculina é a *neisseria gonorrhoeae*. Sobre todo nos jovens, cerca de 30% apresenta co-infecção com *chlamydia trachomatis*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gonorreia é a segunda causa mais comum de infeção sexualmente transmissível (IST) bacteriana na Europa. A morbidade é superior nas mulheres não tratadas (10%-40%) do que nos homens (1%-2%). A infeção pode disseminar-se e provocar artrite, meningite ou endocardite. Na mulher, a doença pode associar-se a doença inflamatória pélvica, infertilidade, abortos do primeiro trimestre, gravidez ectópica, entre outros. Adicionalmente, parece facilitar a transmissão do Vírus de Imunodeficiência Humana. Esta bactéria tem demonstrado uma elevada capacidade para desenvolver resistência aos antimicrobianos, com surgimento de casos de gonorreia multirresistente.

Caso clínico: Utente, género masculino, 23 anos, operário fabril (área da soldadura). Antecedentes pessoais: fumador (10 cigarros/dia, UMA: 3,5); consumo alcoólico de 120gr/semana; consumo ocasional de drogas. Contexto socioeconómico desfavorável. Sem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo. Sem medicação habitual. Recorreu a consulta na Unidade de Saúde Familiar (USF) acompanhado pela namorada. Apresentava queixas com dois meses de evolução de corrimento uretral esbranquiçado e disúria ocasional, sem outras queixas. Há um mês havia recorrido ao Serviço de Urgência, tendo sido tratado com cefuroxima 500mg 12h/12h durante 8 dias, com melhoria transitória mas com recorrência das queixas. A namorada estava assintomática (negava alterações do corrimento vaginal, dispareunia, dor hipogástrica ou disúria). Iniciarão a presente relação há 3 meses, tendo relações sexuais sem preservativo.

Ao exame físico é objetivado corrimento uretral esbranquiçado. É feito o diagnóstico de uretrite, por possível *neisseria gonorrhoeae* com eventual coinfecção por *chlamydia trachomatis*. Optou-se por tratamento duplo para *neisseria/chlamydia*, de acordo com a OMS, com ceftriaxona 500mg injetável e azitromicina 1gr via oral em toma única. Foram tratados o utente e a namorada. Foi pedido rastreio de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) a ambos e exame bacteriológico do exsudado uretral em ambulatório para confirmação do diagnóstico e sinalização do caso.

Foram reavaliados 10 dias depois. Estavam assintomáticos. O rastreio de ISTs foi negativo. O exame bacteriológico confirmou isolamento de *neisseria gonorrhoeae* sensível à ceftriaxona, cefixima e ciprofloxacina e resistente à azitromicina. Foi feita sinalização do caso na plataforma SINAVE. Foi feito questionário sumário dos contactos sexuais, que foram aconselhados a recorrer a consulta médica. Foi agendada consulta de planeamento familiar para a namorada na USF.

Conclusão: Sendo a gonorreia uma IST com sequelas potencialmente graves, os casos identificados devem ser tratados de forma ativa, assim como os seus contactos. O exame bacteriológico do exsudado uretral com teste de sensibilidade aos antibióticos é um exame disponível a nível dos Cuidados de Saúde Primários e que pode e deve ser utilizado nestes casos. A pesquisa de *Chlamydia Trachomatis* no exsudado uretral pode ser feita em ambulatório por testes de amplificação de ácidos nucleicos, mas não sendo um exame participado a sua utilização é limitada. O surgimento de casos de gonorreia multirresistente realça a importância de antibioterapia com base em dados epidemiológicos e guidelines atuais. É boa prática a identificação e tratamento de contactos e a pesquisa de ISTs concomitantes. Esta é uma doença de declaração obrigatória, pelo que é boa prática a sua sinalização através do sistema SINAVE.

E-Poster 64

AMILOIDOSE CARDÍACA – QUANDO AS PROBABILIDADES ESTÃO CONTRA OS MÉDICOS

David Torres Marcos, Raquel Portela, Mário Esteves
USF Planalto

Introdução: As fibrilhas de amiloide são polímeros de proteínas implicadas em vários processos fisiológicos. Quando existe acumulação de fibrilhas de amiloide defeituosas ocorre uma patologia denominada amiloidose. Esta pode ter vários subtipos.

Caso clínico: Um homem de 77 anos, independente na sua vida diária, procurou a unidade de saúde queixando-se de dispneia agravante nos últimos meses. Ele tem consultas regularmente na unidade com estes antecedentes pessoais: insuficiência cardíaca congestiva classe II da NYHA, hiperuricemia, fibrilhação auricular permanente, hipertensão essencial controlada e derrame pleural espontâneo dois meses antes. No exame físico, suspeitámos de um derrame pleural à direita. De seguida foi enviado para o serviço de urgência do hospital. Lá ele foi internado e permaneceu por dois meses em investigação sobre a etiologia desses derrames pleurais. Foram analisados o líquido pleural e sangue, bem como foi feita tomografia computadorizada torácico-abdominal-pélvica, entre outros exames. Nada de relevante foi encontrado. Poucos meses depois, ele teve outro derrame pleural numa consulta e foi pedida ressonância magnética cardíaca por suspeita de patologia sistémica, mostrando esta sinais muito típicos de amiloidose cardíaca. Mais tarde enviámos o paciente ao hospital para investigação adicional de uma possível amiloidose, com uma biópsia de gordura abdominal que concluiu para o diagnóstico mais provável de amiloidose. O paciente está atualmente sob investigação na especificação adicional do tipo de amiloidose.

Conclusão: Na medicina geral e familiar, tal como noutras áreas, tendemos a pensar primeiro no diagnóstico mais provável para as queixas de nossos pacientes. Os diagnósticos são sempre baseados na maior probabilidade. No entanto, às vezes, quando nada se encontra que explique as situações clínicas, a investigação deve considerar outras causas raras de problemas recorrentes. Um médico de família está na linha de frente para pensar nos pacientes como um todo, ao longo do tempo e também na fisiologia geral.

E-Poster 65

ASMA, DPOC OU AMBAS – QUAL DIAGNÓSTICO SERÁ?

Valeriya Real, Hugo Oliveira Silva, Maria Manuel Marques
USF Terras de Cira (Vila Franca de Xira)

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, que afeta cerca de 6,8 % dos residentes em Portugal. As agudizações da asma são habitualmente epi-

sódicas, mas o processo inflamatório está cronicamente presente. O controlo adequado da asma minimiza o risco de agudizações graves com necessidade de internamentos e consumo de recursos de SNS. Infelizmente muitos dos nossos utentes asmáticos, especialmente fora da idade pediátrica, não são seguidos na consulta hospitalar de especialidade, o que implica necessidade de controlo e avaliação periódica no contexto dos cuidados de saúde primários. **Caso clínico:** Mulher de 50 anos de idade, colaboradora de limpeza dirigiu-se a consulta de urgência por quadro clínico com cerca de 2 dias de evolução de dificuldade respiratória, tosse com expectoração esbranquiçada, rinorreia anterior e toracalgias intensas ao inspirar/tossir. Doente foi diagnosticada previamente com asma e rinite alérgica. Foi seguida na consulta de Pneumologia, teve alta há cerca de 4 anos. Referia ainda ter recorrido ao Serviço de Urgência do hospital de referência no ano passado por queixas de dispneia persistentes. Ao levantamento de anamnese vital foi evidenciado o facto de ser ex-tabagista (32 UMA). Doente medicada habitualmente com LABA/ICS bid, SABA SOS e antileucotriénico oral.

Ao exame objetivo apresentava-se com saturação satisfatória em ar ambiente e sibilância audível à distância. Na auscultação pulmonar evidenciou-se murmúrio vesicular mantido no pulmão esquerdo e sibilos dispersos no pulmão direito. Asma agudizada ou ACOS foram duas hipóteses diagnósticas colocadas na altura.

Tendo em conta que a utente trouxe os inaladores habituais dela, obteve-se por utilizar SABA para alívio sintomático e verificação da técnica inalatória paralelamente. Durante a verificação notou-se pouca força na inspiração e puf que antecipa o início de inalação. Foram explicadas as técnicas aplicáveis aos dispositivos utilizados e repetiu-se inalação com avaliação posterior passado 15 minutos. Na auscultação pulmonar de reavaliação notou-se discreta melhoria. Doente preencheu o questionário CARAT (avaliação do controlo da asma e rinite alérgica) que evidenciou asma mal controlada (8 pontos).

A estratégia proposta para controlo da crise asmática era aumento da dose de ICS durante 7 dias, não iniciando terapêutica sistémica.

Foram requisitados ECG e Rx do tórax para despiste das outras patologias orgânicas do pulmão (sem alterações). Foram explicadas e confirmadas as técnicas inalatórias. Foi entregue o plano de ação para doentes asmáticos.

Marcou-se consulta de reavaliação 1 semana depois, em que doente se apresentava objetivamente sem alterações, referindo redução de frequência de utilização de SABA. Optou-se por iniciar desmame de ICS.

Foi solicitada espirometria que posteriormente a consulta de reavaliação evidenciou estudo espirométrico em repouso sugestivo de alteração das pequenas vias aéreas, com prova de broncodilatação positiva.

Discussão/Conclusão: No que diz respeito aos doentes asmáticos, maior foco de atenção é atribuído às crianças, mas não podemos esquecer que os adultos também precisam de vigilância apertada.

Este episódio da asma agudizada com consequente ida à consulta de urgência e consumo dos recursos de saúde poderia ser prevenido, se nós aplicássemos o questionário CARAT na última consulta anual, verificássemos as técnicas de inalação ou entregássemos o plano de ação, explicando o algoritmo.

Em conclusão, gostaria de reforçar a ideia de importância de controlo e vigilância dos doentes asmáticos nos cuidados primários, verificando as técnicas de inalação em cada consulta, utilizando ferramentas necessárias para avaliação rápida e conduta clínica/terapêutica eficaz.

E-Poster 66

PERFIL DE PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS. DA REALIDADE NACIONAL À DE UMA USF

Pedro Alexandre Figueiredo, Maria Pacheu
USF São Julião

Introdução: A racionalização do uso de medicamentos constitui-se como um factor essencial para a melhoria da segurança do doente. A avaliação do uso de medicamentos inapropriados no idoso constitui-se como uma medida que concorre para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos associados ao seu uso. As benzodiazepinas (BZP) são uma das classes de medicamentos mais prescritas em idosos, contudo, segundo critérios internacionais, são consideradas inapropriadas para indivíduos com mais de 65 anos, sendo que a sua utilização inadequada nesta faixa etária está associada a um aumento do risco de quedas, fraturas e disfunção cognitiva. Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de BZP ao nível europeu. Este facto veio realçado no relatório do International Narcotics Control Board, que aconselha Portugal a analisar a prática actual no que concerne à prescrição e utilização de BZP.

Objectivos: Estudar o perfil de prescrição de benzodiazepinas integrado no grande grupo farmacológico dos psicofármacos em Portugal. Pretendemos igualmente conhecer a realidade da USF onde exercemos funções como ponto de partida para um estudo de avaliação de melhoria contínua da qualidade.

Material e métodos: Avaliou-se o perfil de prescrição de psicofármacos e BZP em Portugal Continental (ARS Norte, Centro, LVT, Algarve, Alentejo) e na nossa USF, considerando o regime público, especialidade de Medicina Geral e Familiar e utentes com mais de 65 anos de idade, durante o 1º semestre de 2018. Para o efeito foram consultados os dados da plataforma BI-CSP (<http://bicsp.min-saude.pt>), relativos ao total de embalagens prescritas (psicofármacos e BZP) considerando os critérios mencionados e período de tempo seleccionado. O tratamento dos dados

foi realizado recorrendo ao programa Excell®.

Resultados e conclusões: No primeiro semestre de 2018 foram prescritas 2061647 embalagens de BZP em Portugal Continental (ARS Norte, Centro, LVT, Algarve, Alentejo) o que representou 46.75% do total de embalagens prescritas de psicofármacos. A análise do perfil de prescrição por géneros permitiu-nos identificar em relação ao total de embalagens de BZP prescritas uma maior prescrição nas mulheres em comparação com os homens (72.20% vs. 27.79%, respectivamente), reforçando os dados já existentes na literatura.

Na nossa USF foram prescritas 3697 embalagens de BZP no 1º semestre de 2018, que representou 55.62% do total de embalagens de psicofármacos prescritos no mesmo período de tempo. Comparativamente aos resultados Nacionais verificamos que na nossa USF a percentagem de BZP prescritas em relação ao total de psicofármacos é superior à identificada na análise do perfil de prescrição nacional. A análise por género permitiu identificar na USF um perfil de prescrição semelhante ao Nacional, com 74.03% e 25.96% para mulheres e homens, respectivamente.

A suspensão dos fármacos pertencentes ao grupo das BZP é uma tarefa árdua para os médicos pelo uso prolongado desta medicação sobretudo na população idosa. É importante reforçar as iniciativas destinadas aos profissionais de saúde e doentes, no que se refere à utilização destes fármacos. A identificação destes resultados irão servir de base para a realização de uma intervenção educacional na USF com vista a dar continuidade deste trabalho numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade.

E-Poster 67

Retirado

E-Poster 68

QUANDO O BULLYING ENTRA EM NOSSA CASA – UM RELATO DE CASO

Sofia Cardoso
USF Maresia - ULS Matosinhos

Introdução: O bullying entre adolescentes representa um importante problema que ameaça a saúde e o bem-estar. Está presente nas escolas e de forma emergente, nas redes sociais.

Descrição do caso clínico: Adolescente do sexo feminino, de 14 anos de idade, vive com os pais e irmã. Aos 5 anos manteve por 2 anos acompanhamento em consulta de Psicologia por tristeza e revolta, relacionada com doença oncológica do avô.

Vem a consulta com a mãe, por comportamento de auto-mutilação recente, associado humor depressivo, "choro por tudo e por nada", irritabilidade, baixa auto-estima com mais de um ano de evolução.

A utente foi referenciada para consulta de Pedopsiquiatria onde foi detetada preocupação dos pais relativamente ao comportamento dos colegas em relação à filha, com confirmação pela adolescente de agressividade física e psicológica recorrentes, com dois anos de evolução, tanto na escola, como fora desta, nas redes sociais, com injúrias publicadas no facebook. Ao longo deste tempo, desenvolveu uma difícil relação com os grupos de pares e isolamento social. Assim, mãe opta por troca-la de escola, com melhoria das queixas e da relação interpares. Manteve seguimento em psicologia infantil, com psicoeducação para adequar a utilização das redes sociais.

Conclusão: As crianças e adolescentes não referem facilmente que estão a ser vítimas de bullying, daí a importância do médico abordar ativamente o problema, explicando aos pais sinais indicativos de que estes possam estar em perigo. Atualmente o bullying não acontece apenas fora de casa, sendo essencial a vigilância por parte dos pais do uso das redes sociais. O uso inadequado das redes sociais pode levar a situações como a descrita, pelo que a educação para o uso destas tecnologias é um tema essencial e que deve ser abordado na consulta de saúde infantil.

E-Poster 69

QUANDO UM TOFO GOTOSO TERMINA EM AMPUTAÇÃO

Cláudia Sofia Ramos, Francisco Brito, Filipa Pereira
UCSP - Beja; Serviço de Ortopedia de Beja

Introdução: Os tofos gotosos consistem em depósitos de ácido úrico e desenvolvem-se no tecido da cartilagem, tendões e tecidos moles. Geralmente surgem em doentes com quadro de hiperuricemia de vários anos de evolução. A acumulação de cristais de ácido úrico nas articulações e tecidos periarticulares desencadeia fenómenos inflamatórios e, por vezes, dificuldade em mobilizar as articulações envolvidas. Esta inflamação das articulações começa por manifestar-se em episódios curtos, com dores violentas que surgem geralmente durante a noite e se resolvem ao fim de alguns dias, mas, se a gota não for tratada, as crises tendem a repetir-se e a doença pode acabar por se tornar crónica.

Palavras-chave: Tofo gotoso, gota, amputação

Caso clínico: Homem de 79 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hiperuricemia (apesar de não estar medicado para esta última patologia). O doente dirigiu-se ao Serviço de Urgência (SU) de Beja por apresentar dor e edema no 5º dedo da mão esquerda. O doente referia que nesse dedo apresentava uma lesão com vários meses de evolução e que terá rebentado provocando dor, motivo pelo qual se dirigiu ao SU. Ao exame objetivo observava-se tofo gotoso volumoso com ferida ao nível do 5º dedo da mão esquerda, o 5º dedo apresentava osteomielite crónica. Observou-se um nódulo

duro e esbranquiçado, com um orifício de abertura que drenava o seu conteúdo de ácido úrico através da pele. Constatou-se que o dedo não era viável funcionalmente pelo que se inscreveu o utente em lista de espera para ser realizada amputação do mesmo. O doente foi submetido a desarticulação metatarso-falângica do 5º dedo da mão esquerda, tendo o procedimento e pós-operatório decorrido sem intercorrências.

Conclusão: Os tofos gotosos constituem uma complicação tardia da hiperuricemia. Os locais mais comuns de ocorrência consistem na base dos dedos das mãos, na face ulnar do antebraço, no tendão do calcâneo, nos joelhos, nos punhos e nas mãos. Enquanto profissionais de saúde é importantes estarmos alerta para a hiperuricemia e o seu tratamento adequado, pois como mostra este caso clínico, um mau controlo da patologia durante anos pode ter um desfecho infeliz para o doente.

E-Poster 70

AUTOALGALIAÇÃO CRÓNICA NA MULHER JOVEM

Mafalda Coelho
USF S. J. E. Lóios

Enquadramento: A retenção urinária crónica (RUC) resulta da retenção vesical causado pelo esvaziamento incompleto da bexiga. A RUC é diagnosticada pela confirmação de uma retenção vesical pós miccional (RVP) aumentada, nomeadamente de mais de 300 mL. Como causa poderá estar a hipoatividade do detrusor, obstrução da saída da bexiga ou ambas. A obstrução poderá ser anatómica ou funcional.

Descrição do caso: Mulher de 42 anos, com história de Asma Brônquica, Nódulo hepático em vigilância. História ginecológica: um parto eutócico sem complicações. Numa consulta de urgência do dia, a doente refere dificuldade em iniciar a micção e sensação de esvaziamento incompleto, mas sem outra queixa como disúria, polaquiúria. Realizou-se tira teste que não apresentava alterações, razão pela qual foi pedida ecografia renal e vesical. Na ecografia renal apresentava ligeira dilatação calicial à direita e do bacinete à esquerda, sem outras alterações. Na ecografia vesical apresentava na avaliação pós miccional 530cm³. Pelos dados apresentados a doente é referenciada a Urologia para continuação do estudo etiológico da retenção. Realizou urofluxometria e estudo urodinâmico, apresentou apenas RVP marcado sem outra alteração, admitindo-se hipotonia do detrusor pelo que optaram como ação terapêutica a auto algaliação intermitente. Inicialmente a doente demonstrou desconforto e alguma vergonha do problema em si, como revolta pela inexistência de cura. Assuntos esses desmistificados em consulta. Após alguns meses a doente refere que já faz parte de uma nova rotina, ultrapassando o desconforto inicial.

Discussão: Atualmente não existe um tratamento universalmente eficaz para a hipotividade do detrusor. No caso de uma retenção clinicamente significativa na mulher com detrusor hipotónico normalmente o tratamento é realizado através da auto cateterização intermitente e periódica. A ideia de realizar a auto-cateterização intermitente pode ser assustadora para algumas mulheres, logo a informação sobre o procedimento é fundamental, de forma a esclarecer dúvidas sobre anatomia, assim como outras questões relacionadas à dor ou crenças culturais.

E-Poster 71

O CARRO DE EMERGÊNCIA EXISTE. SABE UTILIZÁ-LO?

Daniela Pedro Correia, Daniela Santareno Marques, Érica Viana Rocha, Luís Pardal, Mafalda C. Pires, Michela Savocchio *UCSP Vagos II (ACES Baixo Vouga)*, *USF Lapiás (ACES Sintra)*, *USF Alphonmouro (ACES Sintra)*, *USF Colares (ACES Sintra)*, *UCSP Casal de Cambra (ACES Sintra)*, *USF Lapiás (ACES Sintra)*

Introdução: O “carro de emergência” (CE) é uma estrutura móvel ou transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiopulmonar. Segundo a legislação portuguesa, devem existir em todas as unidades do sistema de saúde que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar.

Objetivos: Assegurar que as Unidades de Saúde envolvidas têm CE segundo as orientações da DGS (NOC 008/2011) e garantir que os profissionais de saúde têm conhecimentos sobre a localização do CE e das situações que motivam a sua utilização.

Material e métodos: Estudámos a dimensão técnico-científica, sendo a unidade de estudo os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de cada unidade envolvida. Fonte de dados: questionários. Realizamos duas avaliações distintas: verificar se existe responsável pela manutenção do CE, se está na localização definida, qual o aspeto geral, se está selado, se tem folhas de registo de conteúdo e registo da data da última verificação; questionar os profissionais acerca da localização do CE e situações em que deve ser utilizado. Numa segunda fase repetimos ambas as avaliações (1 mês após a intervenção).

Resultados: Aplicamos questionários a 94 profissionais de saúde na primeira fase e 64 na segunda fase, pertencentes a 5 Unidades de Saúde. Relativamente à auditoria realizada ao CE, todas as unidades apresentaram um padrão de qualidade bom ($\geq 70\%$ cumprimento de critérios da NOC). A falha mais notória foi a inexistência de desfibrilador, não tendo sido solucionada entre as avaliações. Quanto ao conhecimento sobre a localização do CE verificou-se que embora a maioria dos elementos a conhecia, exceto 15 elementos que desconheciam. Na segunda avaliação apenas 1 dos profissionais manteve o desconhecimento. Quanto ao conhecimento sobre as situações específicas

para a utilização do CE, na fase inicial apenas 60% dos profissionais as conhecia, com melhoria na segunda fase para 88%.

Conclusões: O trabalho permitiu alertar as equipas das unidades envolvidas para a organização, verificação, localização e situações em que deve ser utilizado o CE. Melhorou o conhecimento dos profissionais sobre o tema e consciencializou sobre a importância de o conhecer e saber utilizar.

E-Poster 72

SUICÍDIO NA CLASSE MÉDICA – O QUE SE PASSA CONNOSCO?

Joana Veloso Gomes, Filipa Henriques da Silva *UCSP de Quarteira*, *USF de Albufeira*

Introdução: A medicina é a profissão com a mais elevada prevalência de suicídio. Os médicos são duas vezes mais propensos a suicidarem-se, comparativamente com a população geral. Cerca de 1 em cada 10 médicos internos relatam pensamentos suicidas recentes. Acreditamos que esta é uma situação preocupante e o objetivo do nosso trabalho é identificar os fatores de risco e contribuir para a sua prevenção.

Métodos: Pesquisámos todos os tipos de estudos com livre acesso a texto completo, publicados nos últimos dez anos na PubMed, DARE e outros sites específicos de sociedades internacionais, com os termos MeSH “doença mental” e “suicídio” e “médicos”. Para avaliar a qualidade dos estudos, utilizou-se a escala de taxonomia de recomendação de força (SORT) da Academia Americana de Médicos de Família. Selecionámos 8 artigos.

Resultados: A doença mental, nomeadamente a depressão, é o fator de risco principal para o suicídio. Apenas alguns médicos procuram ajuda atempada. Os médicos que tinham recebido uma queixa de qualquer tipo apresentam 77% mais probabilidade de sofrer de depressão moderada a severa. A insatisfação com o trabalho e as dificuldades no equilíbrio entre trabalho e família são determinantes importantes do burnout. A auto-medicação é muito comum.

Conclusões: O suicídio na classe médica é um importante problema de saúde pública, considerando que a taxa de suicídio é maior do que a população em geral. Precisamos de melhores estratégias para identificar médicos com risco para o suicídio, a fim de proporcionar assistência e cuidados de saúde, que devem ser confidenciais. A classe médica deve mobilizar-se para diminuir a estigmatização em relação à doença mental.

E-Poster 73

DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS NO ACES BAIXO VOUGA

Pedro Miguel de Almeida Lopes
USP ACES Baixo Vouga

Introdução: A Doença dos Legionários é uma forma de pneumonia grave causada por bactérias do género *Legionella*. A sua transmissão ocorre através da inalação de aerossóis contaminados com a bactéria e não através da ingestão de água.

As bactérias *Legionella* podem estar presentes em reservatórios naturais (lagos e rios) ou em reservatórios artificiais (sistemas de água doméstica, jacuzzis, piscinas, banhos turcos, saunas, torres de arrefecimento e equipamentos de humedificação), multiplicando-se em temperaturas que variam entre os 25 e 42°C.

Objetivos: Com este estudo pretende-se caracterizar os casos de *Legionella* notificados através do SINAVE.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos notificados através do SINAVE entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017, no ACES Baixo Vouga.

Resultados e conclusões: Durante o período decorrido entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017, foram efetuadas 28 notificações de Doença dos Legionários no ACES Baixo Vouga. Dessas, 26 corresponderam a casos confirmados, sendo estes mais frequentes entre indivíduos do sexo masculino.

A presença de fatores de risco, como o tabagismo, a idade avançada, a existência de patologia cardiopulmonar crónica, a presença de neoplasias e outras causas de imunodepressão, é fundamental no prognóstico da doença.

O estudo ambiental desempenha um importante papel ao prevenir que eventuais fontes de contaminação sejam responsáveis por mais casos.

E-Poster 74

AVALIAÇÃO DO RISCO DO PÉ DIABÉTICO NUMA USF

Sara Rocha, Maria Espírito Santo, Joana Bordalo, José Pedro Antunes
USF Viva Saúde

Introdução: O Pé Diabético (PD) constitui uma das complicações mais graves da Diabetes Mellitus (DM). Segundo a NOC 005/2011, a estratificação do risco de ulceração no pé diabético divide-se em: baixo risco (ausência de fatores de risco); médio risco (presença de neuropatia) ou alto risco (existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia) cuja vigilância deverá realizar-se com periodicidade anual, semestral ou de cada 1-3 meses, respetivamente.

As guidelines mais recentes da American Diabetes Association recomendam a avaliação do pé em cada visita aos cuidados de saúde ou pelo menos uma vez por ano.

Objetivos: Analisar o registo da avaliação do PD em consultas de vigilância de DM em 4 ficheiros de uma USF durante 1 mês. Avaliar o cumprimento das indicações da NOC 005/2011. Analisar a prevalência de outros fatores de risco cardiovasculares (FRCV) nomeadamente HTA, dislipidemia, excesso peso ou obesidade, história de complicações, tabagismo e abuso crónico de álcool.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo, retrospectivo. Amostra de conveniência: consulta do processo clínico de utentes com consulta de Diabetes (DM) em novembro 2018 em 4 ficheiros de uma USF. Análise estatística: Microsoft Excel 2013®. Critérios de exclusão: utentes seguidos nos cuidados de saúde secundários; DM1.

Resultados e conclusões: Amostra total com 131 utentes: 53,4% sexo feminino; idade média = 69 anos; 83,2% excesso peso ou obesidade; 78% dislipidemia 71,8% HTA; 14,5% abuso crónico de álcool e 10,7% tabagismo. Em relação ao registo de complicações da DM: 64,1% não tinham qualquer complicação e 35,9% apresentavam complicações macrovasculares e/ou microvasculares.

Através da análise dos dois últimos registos da avaliação do PD, verificou-se que 31,3% não cumpriam as indicações da NOC. Destes, 51,2% apresentavam apenas um registo no processo; 41,5% ultrapassavam o tempo preconizado para a realização da avaliação seguinte e 7,3% não tinham qualquer registo.

Os cuidados de saúde primários têm um papel privilegiado na diminuição do número de amputações dos membros inferiores, representando um nível de cuidados importante para o ganho de saúde e qualidade de vida dos diabéticos. O médico e enfermeiro de família na consulta de diabetes, para além da educação do diabético e dos seus familiares, devem identificar fatores de risco condicionantes de lesões dos pés e sinais de neuropatia e/ou isquemia, assim como tratar lesões ulcerativas e referenciar a centros mais diferenciados se necessário.

Em jeito de discussão, foram colocadas algumas hipóteses que justifiquem os resultados apresentados: desconhecimento da NOC, falta de registo por parte dos profissionais ou por falha informática; faltas às consultas. Como perspetiva futura, pondera-se a realização futura de um ciclo de melhoria contínua de qualidade na avaliação e registo do exame do pé diabético assim como intervenção a nível da literacia dos diabéticos e familiares acerca dos autocuidado dos pés.

E-Poster 75

APLICAÇÃO DA PERGUNTA SURPRESA E DOS CRITÉRIOS DE STOPP/START NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA ARRÁBIDA

Luísa Carvalho, Catarina Trindade, Isabel Lourenço, Ana Bernardo
Hospital Nossa Senhora da Arrábida, USF Gerações, ACES Lisboa Norte

Introdução: O Hospital da Nossa Senhora da Arrábida, situado em Brejos de Azeitão, possui internamento várias tipologias. Para além dos internamentos no âmbito da medicina privada possui internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): cuidados paliativos, de longa duração, de reabilitação e de convalescença. Os pacientes internados são na sua maioria idosos, com multipatologia e polimedicados. A prescrição potencialmente inapropriada pode aumentar as interações medicamentosas e as reacções adversas. As reacções adversas medicamentosas em idosos apresentam actualmente um problema grave no âmbito da prevenção quaternária.

Objectivos: Verificar a prevalência de pessoas internadas com necessidades paliativas nas diversas tipologias de internamento. Verificar adequação da prescrição aos utentes com idade ≥ 65 anos através da aplicação dos critérios de STOPP/START.

Material e métodos: Foi realizado um senso a todas as pessoas internadas. A todos os pacientes com 65 ou mais anos foi aplicada a pergunta surpresa validade para Portugal «Ficaria surpreendido(a) se o Sr. X morresse durante o próximo ano?» e aplicado o instrumento STOPP/START revisto em 2014 para detecção dos medicamentos que devem ser parados e que devem ser iniciados. Não foram consideradas as orientações do país de origem nem de Portugal.

Resultados e conclusões: Foram analisados todos os pacientes internados no dia 08.01.2019, num total de 103 (57 mulheres e 46 homens) com uma média de 75 anos (mínimo de 44-máximo de 96). Foram excluídos todos os pacientes com menos de 64 anos, ficando o total de 78 pacientes com uma média de 81 anos (mínimo de 65-máximo de 96), 44 mulheres e 34 homens. Na pergunta surpresa obteve-se uma resposta positiva de 33 (42,3%) vs 45 (57,7%) de não. Nos RNCCI Cuidados Paliativos. a resposta positiva foi de 0%, na RNCCI Longa duração foi de 10 %, nos pacientes privados foi de 27,3%, na RNCCI Reabilitação foi de 61,5% e na RNCCI Convalescença foi de 78,2%. A média de problemas de saúde foi de 7,2, a média do nº de fármacos foi de 10,1 e a média da escala de sobrecarga anticolinérgica foi de 2,6. O nº médio de fármacos a parar foi de 1,9 (3 principais: benzodiazepinas, inibidores da bomba de prótons e furosemida) e a média do nº de fármacos a iniciar foi de 1,8 (3 principais: terapêutica da osteoporose, vitamina D e cálcio). Com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis não foram detectadas diferenças significativas dos parâmetros de nº de proble-

mas de saúde, nº de medicamentos a parar e a iniciar e escala de sobrecarga anticolinérgica entre os 5 grupos estudados. Foi detectada uma diferença significativa no nº de fármacos utilizados entre as diversas tipologias.

O presente estudo, sendo um estudo de consulta de registos informatizados, poderá sofrer um viés importante no nº de problemas de saúde assinalado assim como da fundamentação clínica da paragem e da introdução da medicação, pelo que os resultados não são para aplicação cega mas sim para discussão em equipa multidisciplinar e com a informação obtida das conferências familiares efectuadas. A prevalência da resposta à pergunta surpresa encontrou-se de acordo com a experiência dos autores. Será importante confrontar estes dados com outras unidades de internamento e com outros instrumentos mais detalhados de análise de necessidades paliativas de forma a melhor adequar os cuidados de saúde às necessidades dos pacientes. A alta pontuação na escala de sobrecarga anticolinérgica é um factor preocupante encontrado. Os fármacos a parar e a iniciar realçados no estudo obrigam a uma aprofundada e actualizada reflexão sobre os objectivos terapêuticos em cada paciente, incluindo não só o instrumento utilizado neste estudo mas também as orientações presentes no nosso país. Parte inferior do formulário

E-Poster 76

DIABETES GESTACIONAL: UMA VISÃO DO PASSADO À LUZ DAS ORIENTAÇÕES DE HOJE

Inês Rosendo^{1,2}, Dídida Cruz², Sofia Fraga³, Carolina Rocha⁴, José Assis⁵, Cláudia Silva⁶, Beatriz Silva⁷, Ana Luísa Albuquerque¹, Carlos Cardoso⁸, Joana Gonçalves⁹

¹USF Coimbra Centro, ²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ³USF Alves Martins, ⁴USCP Mealhada, ⁵USF Trevim Sol, ⁶USF Montemuro, ⁷USF Pulsar, ⁸USF Condeixa, ⁹USCP Celas

Introdução: Em 2011, a Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu novas orientações para o diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional (DG), acarretando uma mudança substancial no rastreio, acompanhamento e terapêutica desta patologia. Se por um lado, as novas orientações permitem um diagnóstico mais precoce, por outro, o valor limiar de 92 mg/dl na primeira consulta a todas as mulheres grávidas, para além de não estar suportado pelas referências citadas na norma, parece aumentar desproporcionadamente a prevalência da DG. Os investigadores questionaram-se sobre que desfecho materno-fetal esteve associado às gestações, consideradas como de baixo risco à luz da norma vigente na época, mas que de acordo com a atual, seriam classificadas com DG.

Objectivos: Avaliar parâmetros obstétricos e perinatais de grávidas que, na primeira consulta de vigilância pré-natal, apresentavam valores de glicémia em jejum de 92-139mg/dl, no período temporal de 2008-2010 e comparar com as grávidas que não tinham estes valores, retirando

as que tiveram diagnóstico de DG nessa altura.

Material e métodos: Foi realizado um estudo de coorte com dados retrospectivos, em que se selecionaram as mulheres grávidas com gestações únicas, no período temporal de 2008 a 2010, de 8 unidades de saúde. A amostra foi dividida em dois grupos: as mulheres grávidas que na primeira consulta de vigilância pré-natal apresentaram um valor de glicémia em jejum entre 92-139mg/dl e o das grávidas com valor inferior a 92mg/dl.

A amostra foi selecionada através de uma pesquisa informática e as mulheres identificadas foram abordadas na unidade e incluídas após consentimento informado escrito, após o qual foi consultado o processo clínico e aplicado um questionário incluindo variáveis socio-demográficas, antecedentes, hábitos, resultado do rastreio da DG, complicações obstétricas e relacionadas com o parto e recém-nascido. A análise estatística efetuada foi descritiva e inferencial com uso do teste do Qui-quadrado e testes não paramétricos para perceber as diferenças entre os grupos, considerado como nível de significância $p \leq 0,05$.

Resultados e conclusões: A amostra final foi constituída por 230 mulheres, com idade média de 29.42 ± 4.99 anos, não havendo diferenças nas características socio-demográficas, hábitos e antecedentes nos 2 grupos estudados. Não houve diferenças significativas nas complicações obstétricas, hipertensivas ou do recém-nascido entre o grupo de mulheres com glicémia em jejum no 1º trimestre inferior a 92 e entre 92-139 ($p=1,00$, $p=1,00$ e $p=0,37$, respetivamente). Assim, concluímos que poderá não haver interesse em diferenciar as gestantes pela glicémia em jejum no 1º trimestre usando o ponto de corte de 92, como atualmente, já que não parecia haver mais complicações neste sub-grupo de mulheres. Maiores casuísticas deverão ser feitas para o confirmar.

E-Poster 77

ADEQUAÇÃO DA CONTRACEÇÃO EM MULHERES COM ENXAQUECA

Jéssica Peres, Natalina Rodrigues
USF Mondego

Introdução: As consultas de Planeamento Familiar (PF) proporcionam momentos direcionados para a vigilância da mulher em idade fértil. O Médico de Família assume particular importância neste âmbito, uma vez que a maioria dos métodos contraceptivos é iniciada a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Médico e utente cooperam no sentido de decidir quando a utente/casal pretende ou não ter filhos, decidindo em conjunto o método contraceptivo mais adequado, de acordo com as preferências da utente e tendo em conta a sua história individual, que pode levar à restrição da utilização de alguns métodos ou à indicação mais específica para outros.

A toma de contraceção hormonal combinada (CHC) em

mulheres com enxaqueca aumenta o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC). De acordo com o sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde, mulheres que apresentem enxaqueca com aura, independentemente da idade, ou enxaqueca sem aura, com idade superior a 35 anos, têm critério de elegibilidade 4 para todos os métodos de CHC; mulheres com enxaqueca sem aura (até aos 35 anos) ou com história pessoal de enxaqueca com aura há ≥ 5 anos apresentam critério de elegibilidade 3 para CHC. Progestativo oral isolado, sistema intrauterino com levonorgestrel (SIU-LNG), dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cobre) ou implante subcutâneo são métodos adequados, com critérios de elegibilidade 1 ou 2.

Objetivo: Caracterizar o perfil dos métodos contraceptivos instituídos em mulheres com diagnóstico de enxaqueca, determinando a sua adequação.

Métodos: Tipo de estudo: observacional e retrospectivo.

População: mulheres com diagnóstico de enxaqueca (N89) codificado no SClínico, entre os 18 e os 55 anos, pertencentes aos ficheiros de 6 Médicos de Família de uma Unidade de Saúde Familiar (USF).

Crítérios de exclusão: método contraceptivo desconhecido, mulheres não vigiadas na USF, pós-menopáusicas, grávidas, histerectomizadas.

Variáveis: idade, método contraceptivo utilizado.

Fonte de dados: registos clínicos do SClínico e programa MIM-UF®.

Recolha de dados: pelos autores, em janeiro de 2019.

Análise dos dados: Excel® 2016.

Resultados: A população em estudo é constituída por 129 mulheres. Após a aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se uma amostra final de 103 mulheres. Verificou-se que 38,8% ($n=40$) se encontrava a fazer CHC (35 com CHC oral e 5 com anel vaginal). 27,2% - Progestativo isolado (15 com SIU-LNG, 12 progestativo oral e 1 implante subcutâneo), 20,4% ($n=21$) - nenhum método, 5,8% ($n=6$) - preservativo, 3,9% ($n=4$) - DIU-Cobre e igualmente 3,9% ($n=4$) - laqueação tubar.

De salientar que 17 das mulheres sob CHC tinham mais de 35 anos, sendo classificadas como categoria 4 (16,5% da amostra). As outras 23 mulheres sob CHC (entre 18-35 anos) enquadram-se nas categorias 3 ou 4, consoante a ausência ou presença de aura, que não foi avaliada neste estudo.

Discussão: Conclui-se que em 40,8% das mulheres com enxaqueca a contraceção é adequada, em 38,8% é inadequada e 20,4% não utiliza nenhum método.

A CHC é o método utilizado em maior proporção (38,8%), apresentando estas mulheres critério de elegibilidade 3 ou 4 para o método instituído. Assim, mais de um terço das mulheres com enxaqueca estão sujeitas a um risco aumentado de AVC, nas quais deveria ser dada preferência a outros métodos. Pelo menos 16,5% da amostra têm mesmo contra-indicação absoluta para o método utilizado.

A presença ou ausência de aura associada à enxaqueca não foi tida em conta, representando uma limitação do estudo, uma vez que nos permitiria separar os critérios de elegibilidade 3 e 4 nas mulheres com idade ≤ 35 anos. No entanto, mesmo na categoria 3 não devemos menosprezar o risco e face à existência de opções contraceptivas mais indicadas devemos escolher o método com menor risco associado. Este trabalho revelou assim a necessidade de uma intervenção junto dos profissionais para uma adequada correção das inconformidades encontradas e para uma melhor escolha do método contraceptivo para estas mulheres.

E-Poster 78

CONTROLO LIPÍDICO EM DOENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II: A REALIDADE DE 2 USF'S

Filipe Cabral, Ricardo Barbosa, Alice Longras, Vítor Sá Fernandes, Rita Mendes, Mário Gomes
USF Marco, USF Faria Guimarães

Introdução: As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morbimortalidade na Europa. A Diabetes Mellitus (DM) e a dislipidemia, 2 patologias que frequentemente coexistem na prática clínica, estão associadas a um risco aumentado de desenvolver DCV aterosclerótica prematura e eventos cardiovasculares (CDV) fatais ou não fatais. O controlo da dislipidemia, particularmente do valor de Colesterol LDL (C-LDL), está associado a uma redução destes eventos. As Sociedades Europeias de Cardiologia e de Aterosclerose definem como objetivo terapêutico um valor de C-LDL < 100 mg/dL em pacientes com DM sem Lesões de Órgão-Alvo (LOA) ou outros Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV) e um valor < 70 mg/dL se houver evidência de FRCV ou LOA. Se tal não for possível, é desejável atingir uma redução $\geq 50\%$ do C-LDL inicial.

Objetivos: Avaliar o grau de controlo lipídico dos doentes com DM tipo II em 2 USF's distintas (uma localizada numa zona rural e outra numa zona urbana) e comparar os resultados obtidos.

Material e métodos: Estudo observacional transversal analítico. População: utentes inscritos na USF Marco (ACeS Tâmega I) e USF Faria Guimarães (ACeS Porto Oriental) com a codificação T90 – Diabetes não insulino-dependente da ICPC-2, no 1.º semestre do ano de 2018. Amostra e técnica de amostragem: a amostra foi calculada utilizando o programa Raosoft® e considerando uma prevalência esperada de 50%, uma precisão de 0,05 e um intervalo de confiança de 95%. Foi efetuada uma amostragem aleatória simples utilizando o programa Microsoft Excel® 2016. Fonte dos dados: MIM@UF® e SClínico®. Variáveis estudadas: idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), Hipertensão Arterial (HTA), Valor da pressão arterial, Risco Cardiovascular, Dislipidemia, Valor de C-LDL, fármaco antilipídico, USF. Critérios de exclusão: Doentes não

vigiados nas USF's; doentes sem valor de C-LDL no último ano. Tratamento estatístico: Microsoft Excel® 2016 e SPSS®25.0.

Resultados e conclusões: Na USF Marco, dos 803 doentes diabéticos, obteve-se uma amostra de 261. Após a aplicação dos critérios de exclusão, a amostra em estudo passou a conter 236 doentes. Destes, 79% não atingem os valores de C-LDL alvo, de acordo com o seu RCV. No subgrupo dos doentes com RCV muito alto apenas 17% têm um valor de C-LDL dentro do alvo. Na USF Faria Guimarães, obteve-se uma amostra de 318 diabéticos de um total de 1365. Destes foram estudados 273, após critérios de exclusão. Nesta unidade, 53% não atingem os valores de C-LDL alvo e apenas 23,5% dos doentes com RCV muito alto apresentam um valor dentro do alvo. Em ambas as USF's, os antilipídicos mais utilizados são a atorvastatina, a sinvastatina e a rosuvastatina e, mais raramente, a associação destes com ezetimibe. Todavia, 27% dos doentes na USF Marco e 28% na USF Faria Guimarães estão sem qualquer tipo de medicação, sendo que destes 87% e 67,5% estão fora do alvo, respetivamente. Como se pode constatar, nestas 2 unidades de saúde, existe uma % significativa de doentes diabéticos (53 e 79%) que não se encontram no alvo terapêutico de C-LDL, sendo que uma parte substancial (~28%) não faz qualquer tipo de terapêutica antilipídica. A maioria dos doentes medicados também não apresenta valores de C-LDL adequados, sobretudo aqueles com muito alto risco CDV, possivelmente pelo facto do alvo a atingir ser mais agressivo, assim como pela inércia terapêutica (sobretudo no que diz respeito à otimização) verificada na comunidade médica e que é necessário combater. A % de doentes não controlados (fora do alvo terapêutico) é maior na USF Marco (USF rural), embora a % de doentes sem medicação antilipídica seja similar. Tal pode ser explicado pelo facto de na USF Faria Guimarães existir uma % maior de prescrição de estatinas de alta potência. O conhecimento destes dados é fundamental, pois permite ao Médico de Família conhecer o real risco dos seus doentes, contribuindo para um adequado acompanhamento e otimização do tratamento.

E-Poster 79

TESTE PRÉ-NATAL NÃO INVASIVO – A NOVA ERA DO RASTREIO PRÉ-NATAL

Mariana Oliveira da Silva, Ana Margarida Simões
USF Cruz de Celas

Introdução: É actualmente consensual que se deve oferecer a qualquer mulher grávida uma avaliação do risco de aneuploidias fetais, independentemente da sua idade. A informação disponível para os clínicos e para as grávidas, sobre o rastreio pré-natal, é geralmente omissa ou confusa no que respeita aos limites de fiabilidade destes

testes. O esclarecimento prestado pelos médicos assistentes é, em geral, insuficiente para que seja possível à maioria das grávidas compreender a radical diferença entre o que são provas de rastreio (que têm por objetivo único avaliar o grau de risco para que ocorra uma determinada situação) e os exames de diagnóstico dessa mesma situação.

Objectivos: Rever a literatura sobre teste pré-natais.

Descrever as atuais aplicações do ADN fetal livre no teste pré-natal não invasivo (TPNI) e discutir as perspectivas relativamente ao futuro destes métodos.

Contribuir para o aprofundamento de conhecimentos destas técnicas pelos Médicos de Família.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica de revisões sistemáticas e meta-análises publicadas entre 2008 e 2018 nas bases de dados Cochrane, Pubmed e Google Scholar, utilizando os termos MeSH “prenatal screening”, “Fetal DNA” e “non-invasive prenatal diagnosis”, das quais se seleccionaram 4.

Resultados: O TPNI não substitui o rastreio bioquímico do 1º e 2º trimestre, nem o rastreio ecográfico. É um meio de diagnóstico complementar, que dará uma série de dados e informações que permitem uma avaliação mais completa. Perante um qualquer resultado positivo do rastreio, deverá ser oferecida a realização de um teste invasivo confirmatório/diagnóstico.

Conclusão: Não existe um modelo de rastreio pré-natal directamente aconselhável a todo o universo das mulheres grávidas, já que os conceitos aplicáveis na clínica e no laboratório evoluem muito rapidamente.

A principal vantagem de TPNI consiste na substancial redução de FP e ausência de risco fetal. No que respeita às desvantagens, o elevado custo é a principal limitação que faz com que não seja ainda um teste de rastreio de 1ª linha. Um casal que pretenda esta nova forma de TPNI deverá ser informado do interesse e limitações das técnicas disponíveis e deverá ser obtido o seu consentimento informado.

O aconselhamento deverá reforçar a noção de que um resultado negativo não é garantia de uma gravidez não afetada, pois num rastreio, falsos negativos podem ocorrer. Antes da implementação generalizada destes testes, é necessário considerar que o acesso ao genoma fetal levanta questões éticas relevantes, nomeadamente possíveis aplicações não médicas.

E-Poster 80

FIBRILHAÇÃO AURICULAR NÃO VALVULAR: CASUÍSTICA DE UM FICHEIRO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS

Rita Bandarra, Filipe Vaz, Liliana Rumor, João Guerra, Tiago Silva, Gil Correia

USF Marquês de Marialva

Introdução: A Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia sustentada mais prevalente na prática clínica. É uma doença associada à idade e é estimado que a sua incidência duplique por cada década de vida a partir dos 50 anos.

Para além da idade, são fatores de risco: o género masculino, o alcoolismo, a obesidade, e outras patologias cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), a hipertensão arterial (HTA), a doença coronária (DC), especialmente se enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a diabetes mellitus (DM).

Sabe-se ainda que 15-20% das pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) tem FA e, por outro lado, quem sofre de FA tem um risco 5 vezes maior de ter um AVC.

Assim, nos doentes com FA não valvular é recomendado pela Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) o uso da ferramenta CHA2DS2-VASc para o cálculo do risco de complicações tromboembólicas. Além deste, o risco hemorrágico também deve ser calculado e avaliado, para este a ESC recomenda o uso da ferramenta HAS-BLED.

O início e manutenção de tratamento com anticoagulantes orais é fundamental. O controlo apertado do INR dentro dos valores terapêuticos nos doentes com antagonistas da vitamina K e a adequação das doses dos novos anticoagulantes orais são maioritariamente da responsabilidade do Médico de Família (MF), pelo que a avaliação do estado da anticoagulação dos doentes do ficheiro de cada médico assume uma grande importância.

Objetivos: Caracterizar os doentes com FA não valvular de um ficheiro da USF Marquês de Marialva e os fatores de risco tromboembólicos. Avaliar o tipo e adequação de terapêutica instituída e grau de controlo.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal. População alvo: utentes do ficheiro com o diagnóstico de FA (ICPC-2: K78) em outubro de 2015 e 2018. Variáveis: idade, género, fatores de risco tromboembólicos, registo de hábitos alcoólicos/tabágicos, taxa de filtração glomerular (TFG), classificação CHA2DS2-VASc e HAS-BLED, terapêutica e dosagem anti trombótica e grau de controlo. Critérios de exclusão: sem consulta no ano 2018. Dados: Pesquisa através dos programas informáticos MIM@UF®, SClínico® e Taonet®. Registo/Tratamento dos dados: Excel®.

Resultados e conclusões: Em outubro de 2015, 50 doentes tinham diagnóstico de FA. Destes, vieram a falecer 10 no período de estudo. Entre outubro de 2015 e de 2018 surgiram 22 novos casos de FA, o que perfaz um total de 62 doentes com FA em outubro de 2018. Foram excluídos

12 doentes, sem consulta no ano 2018.

Em 2015 a média de idades dos doentes com FA era 76,4 anos, com idades entre os 44 e os 91 anos, 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Em 2018, a média de idades é sobreponível, 75,1 anos, com idades entre os 50 e os 98 anos, 58% do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Quanto aos fatores de risco tromboembólicos, destaca-se um aumento da prevalência de HTA, de 74% em 2015 para 96% em 2018.

Não há variação significativa na prevalência de DM, IC e AVC. Por sua vez, em 2015, 56% dos doentes tinham dislipidémia codificada e em 2018, 74%.

98% dos doentes com FA encontram-se com terapêutica anticoagulante. Há um doente a fazer antiagregante por recusa.

Em 2015, 66% dos doentes estavam sob terapêutica com varfarina e destes 48% apresentavam controlo adequado de INR (tempo de intervalo terapêutico). Já em 2018, apenas 32% estavam sob varfarina e 66% com novos anti-coagulantes orais, destes é possível apurar que 81,8% estão com a dose correcta e os restantes não tinham dados suficientes relativos ao ano 2018 (peso, creatinina, TFG) para cálculos de ajuste.

Com este estudo o MF tem uma importante ferramenta de gestão que permite avaliar a qualidade do seu trabalho, condição fundamental para uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Os doentes identificados como não estando adequadamente monitorizados foram convocados a consulta. Como viés existe sempre a execução dos registos e o possível acompanhamento dos doentes em outras instituições ou consultas.

E-Poster 81

PREVENÇÃO DE FRACTURAS DE FRAGILIDADE – A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Ana Simões, Mariana Silva, Raquel Calçada, Humberto Vitorino
USF Cruz de Celas - ACES Baixo Mondego

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

Objectivo: Avaliar a aplicação das recomendações sobre prescrição e realização de osteodensitometrias

Metodologia: Estudo descritivo e transversal. População: Mulheres entre os 66 e 70 anos e homens dos 71 aos 75 anos inscritos na USF Cruz de Celas. Fonte de dados: programa informático MedicineOne®. Variáveis: Consulta médica nos últimos 3 anos, prescrição de DEXA após os 65 anos nas mulheres e após os 70 anos nos homens;

prescrição de DEXA antes do recomendado, presença de factores de risco que justifiquem a antecipação do exame; indicação para realização de DEXA ou iniciação de tratamento de acordo com a aplicação do FRAX® nas situações em que não foi pedido DEXA no período recomendado. Análise de dados: Excel®.

Resultados: Obteve-se uma amostra representativa (intervalo de confiança 95%) constituída por 225 mulheres e 174 homens com idades compreendidas no intervalo definido. Verificou-se que 30% das mulheres e apenas 4% dos homens tinham DEXA realizada no período recomendado. Em 23% das mulheres houve prescrição de DEXA antes do recomendado e destas apenas se identificaram, no processo clínico, factores de risco para osteoporose em 29% dos casos. Após aplicação ferramenta FRAX® ao grupo de utentes aos quais não foi solicitada DEXA, constatou-se que em 67% das mulheres e em 73% dos homens a sua realização não seria necessária para aferir o cálculo do risco de fractura sendo apenas necessárias medidas gerais de prevenção de osteoporose.

Discussão/Conclusão: Prescrição de DEXA, em ambos os sexos, por critério de idade, foi globalmente insuficiente. Verificou-se ainda uma percentagem razoável de pedidos de DEXA antes do tempo preconizado, sobretudo no caso das mulheres. A aplicação da ferramenta FRAX® ao grupo de utentes sem DEXA no período recomendado, mostrou que na grande maioria das situações esta não seria necessária para aferir o cálculo do risco de fratura.

Os resultados assim obtidos, evidenciam a mais-valia da ferramenta FRAX ao permitir uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros, evitando prescrições desnecessárias de MCDT's sem prejuízo para os utentes.

E-Poster 82

QUANDO UMA PNEUMONIA, ALTERAÇÕES ANALÍTICAS E QUEIXAS NEUROLÓGICAS ATÍPICAS SE ENCONTRAM – RELATO DE CASO

Beatriz Soares¹, Mágui Neto¹, Maria João Pinto²

¹USF Salvador Machado, ²Hospital de São João

Introdução: O défice de vitamina B12 pode causar anemia megaloblástica e alterações neurológicas, potencialmente irreversíveis. A etiopatogenia é complexa, sendo que a determinação da causa subjacente é relevante para a orientação terapêutica

Caso clínico: Utente do género masculino, 70 anos, antecedentes de hipertensão, obesidade, dislipidemia, hipertrofia prostática. Medicado com candesartan, hidroclorotiazida e tansulosina. Recusa estatina, optando por controlo dietético da dislipidemia.

Recorre a consulta na Unidade de Saúde Familiar (USF) por queixas com quatro dias de evolução de tosse produtiva, dispneia, febre, náuseas, e astenia marcada. Descrevia ainda alterações neurológicas, incluindo desorientação

temporoespacial episódica, parestesias simétricas nas mãos, episódios de parésia e apatia sem perda de força/tonicidade muscular, sem lipotímia, sem perda da consciência. Tinha-se polimedicado com diversos produtos comprados na farmácia, sem melhoria.

Ao exame objetivo estava consciente, colaborante e orientado, com mau estado geral e palidez mucocutânea, eupneico e apirético (36,3°C). A pressão arterial era normal, sem critérios para hipotensão postural. Apresentava saturações periféricas de 90%. A auscultação cardíaca revelou sopro sistólico III/VI, mais audível no foco aórtico. A auscultação pulmonar revelou roncos na base pulmonar esquerda.

Foi diagnosticado com pneumonia adquirida na comunidade, sopro cardíaco, e alterações neurológicas não específicas, possivelmente atribuídas a contexto infeccioso e ou interação farmacológica. Foi ainda levantada possibilidade de anemia. Optou-se por tratamento da infeção respiratória em ambulatório com amoxicilina 1000mg 8h/8h 7dias e azitromicina 500mg, 24/24h 3dias. Foi aconselhado a não tomar medicação sem prescrição médica. Pediu-se estudo analítico, ecocardiograma e radiografia torácica.

Na reavaliação após 72h, verificou-se apirexia sustentada, melhoria clínica parcial. O estudo analítico revelou Hb=14,2 g/dL, HGM=41,4 e VGM=199,4 fL, leucócitos=11,3 10E3/mm3; plaquetas=222 10E3; ferritina=1650ng/mL, vitamina B12=117pg/mL; GGT=122, TGO=64, restante normal. Foi feita discussão telefónica com colega de Medicina Interna e pedido ecografia abdominal, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, eletrocardiograma, e estudo analítico.

Na reavaliação após 2 semanas, mantinha astenia. O estudo analítico revelou Hb=13,2d/dL, VGM=119,9fL; HGM=40,2pg; índice reticulocitário=0,8%, vit.B12=116pg/mL; ác.fólico 2,9ng/mL; ferritina, ferro e transferrina normais; TSH e T4 livre normais; restante normal incluindo leucograma e marcadores hepáticos. A endoscopia digestiva alta relevou gastrite crónica atrofica com metaplasia intestinal.

Iniciou-se tratamento com cobalamida 10mg/2ml i.m. e ácido fólico 5mg. Do restante estudo, a pesquisa de *Helicobacter Pylori* foi negativa, a pesquisa de anticorpos anti células parietais foi negativa; a pesquisa de anticorpos anti fator intrínseco foi negativa. A colonoscopia revelou diverticulose, sem outras alterações.

O utente teve uma rápida e significativa melhoria de todas as queixas. Não voltou a automedicar-se. Em entrevista mais pormenorizada percebeu-se que a astenia durava há 2 anos. Identificou-se erros alimentares, com tendência a dietas restritivas, nomeadamente de carne. Passado um ano, a 09-01-2019 apresenta-se assintomático, com bom estado geral, e Hb=15,2 d/dL, vit.B12=843pg/mL e ácido fólico de 5,9ng/mL.

Conclusão: A presença de alterações neurológicas numa pessoa com mais de 65 anos é sempre um desafio. Mesmo na presença de um quadro infeccioso agudo, queixas

neurológicas atípicas associadas a aumento do volume globular médio e hemoglobina globular média levaram a um estudo mais aprofundado, com diagnóstico de défice de vitamina b12 e ácido fólico. Neste caso, as alterações parecem dever-se a défice de aporte em associação com gastrite crónica atrofica com metaplasia. Manter-se-á vigilância regular do utente.

E-Poster 83

PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NO SÍNDROME METABÓLICO

Andreia Lobo, Luíz Santiago, Dina Neves

USF Cruz de Celas, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, USF Cruz de Celas

Introdução: A prática regular de exercício físico (EF) assume-se como um pilar fundamental na prevenção e tratamento de inúmeras patologias, pelo que a sua prescrição deve obedecer a determinados princípios. Assim, a posologia correta e adequada a cada indivíduo é imprescindível. No entanto, em contexto de consulta o aconselhamento técnico não é suficiente e é necessário associar uma série de competências sociais, para que a mudança comportamental possa ocorrer.

Objetivo: Verificar como é que a prescrição de EF, e perceção da mesma por parte do utente, são afetadas pela intervenção de caráter formativo e educacional na equipa médica.

Metodologia: Estudo observacional bifásico, analítico, prospetivo. Primeira fase com aplicação de questionários acerca da prescrição de EF em consulta programada, para indivíduos com síndrome metabólico e indivíduos sem este diagnóstico. Reavaliação em moldes semelhantes após intervenção com sessões formativas na equipa médica.

Resultados: Este estudo reflete que os níveis de sedentarismo são inferiores ao da população portuguesa no geral, e que os indivíduos com síndrome metabólico são menos ativos do que os restantes.

O EF aeróbio foi mais prescrito para os grupos com diagnóstico de síndrome metabólico (perspetiva do médico: N=20, 33%; perspetiva do utente: N=14, 23,3%) comparativamente aos restantes grupos (perspetiva do médico: N=8, 13,3%; perspetiva do utente: N=6, 10%). Para este tipo de exercício houve melhoria da prescrição na perspetiva do utente, após a formação na equipa médica (1ª fase, perspetiva do médico: N=14, 23,3%, utente: N=5, 8,2%; 2ª fase, perspetiva do médico: N=13,21,6%, utente N=15, 24,5%). No exercício físico de força e flexibilidade, não houve melhoria na segunda fase do estudo. Não foi obtida significância estatística para nenhuma das variáveis em estudo.

Discussão: Podemos inferir impacto relativo da formação à equipa médica, no que concerne à prescrição de EF, particularmente na perceção deste tema por parte dos utentes. Como limitações do estudo, de salientar os inúmeros aspetos inerentes à abordagem correta e efetiva do EF em

consulta, sendo que não foi possível avaliar determinadas competências de comunicação que influenciam a forma como a prescrição é percebida pelo utente.

E-Poster 84

PNEUMOTÓRAX NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

João Pedro Alves, Raquel Silva, Isabel Fonseca, Adélia Simão
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: O pneumotórax é uma urgência médica, relativamente comum, definida pela presença de ar ou outro gás na cavidade pleural. Pode ocorrer espontaneamente como resultado de doença ou lesão do tecido pulmonar, ruptura de uma bolha subpleural, secundariamente trauma ou punção da parede torácica. A célere identificação e tratamento são essenciais para reduzir as comorbilidades associadas a esta patologia.

Objetivos: Caracterizar a população com pneumotórax (espontâneo primário ou secundário e adquirido traumático ou iatrogénico) diagnosticado no serviço de urgência de um hospital terciário no período de 2015-2018, identificando fatores de risco de recidiva para pneumotórax e assim como a estratégia terapêutica estabelecida.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de doentes com o diagnóstico de pneumotórax entre 2015 e 2018. Foram analisados os respetivos episódios de urgência e recolhidas as variáveis: tipo de pneumotórax, sexo, hábitos tabágicos, idade, patologia pulmonar prévia, pneumotórax prévio e tipo de tratamento instituído. Foi revisto o processo único de cada doente para verificar a sua evolução e recidiva.

Resultados: Foram identificados 66 episódios de urgência com o diagnóstico de pneumotórax, sendo 61 espontâneos (92,42%), 5 não-espontâneos (7,58%). No grupo dos pneumotórax espontâneos 42 (63,64%) foram primários, sendo a patologia asmática a mais prevalente identificada em (14,29%). Relativamente aos espontâneos secundários 19 (28,79%), dos quais a doença pulmonar obstrutiva crónica foi a patologia pulmonar mais prevalente com 9 (47,37%), 4 (21,04%) com enfisema, 4 (21,04%) hipertensivo, 2 (10,53%) catamenial. Os episódios de urgência correspondem a 54 doentes sendo 40 homens e 15 mulheres. A idade média de diagnóstico foi de 41,68 anos, (homens $29.9 \pm 3,2$, mulheres $39 \pm 3,2$), 46,97% de fumadores, 15,15% de ex-fumadores, 22,73% com doença pulmonar prévia e 44,44% com pneumotórax prévios. Foi realizado tratamento conservador em cerca de 19,7%, aspiração em 4,5% com expansão total ou parcial em 0%, dreno torácico em 66,67% com 75% de expansão total, 18,18% parcial e 6,82% falência terapêutica, tratamento cirúrgico em 9,13%. No grupo recidivante o tratamento cirúrgico foi usado em 60% das vezes.

Conclusões: Confirma-se pneumotórax espontâneo pri-

mário como principal tipo, com fatores de risco bem definidos como o sexo masculino e a idade jovem em adultos. Relativamente ao pneumotórax espontâneo secundário a doença pulmonar obstrutiva crónica é a patologia mais frequente. O risco de recidiva é alto nos doentes com fatores de risco identificados. O tratamento de eleição é o dreno torácico. A cirurgia é o tratamento preferencial na recidiva de pneumotórax principalmente em idade jovem.

E-Poster 85

ANÁLISE CRÍTICA DA REFERENCIAÇÃO E SEGUIMENTO DOS UTENTES DE UMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Beatriz Soares¹, Cristina Teixeira²

¹USF Salvador Machado, ²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A literatura científica demonstrou, através de diversos estudos randomizados, que o acesso a cuidados paliativos (CP) de doentes oncológicos terminais pelo menos 6 meses antes da morte pode ajudar a melhorar sintomas, reduzir recorrências ao Serviço de Urgência (SU) e minimizar tratamento agressivos peri-morte. Adicionalmente, torna possível a formação e acompanhamento do paciente na tomada antecipada de decisões e na preparação da morte em casa, se assim o desejar.

Objetivos: O objetivo deste estudo é fazer uma análise crítica descritiva da referenciação e tempo de seguimento dos doentes acompanhados numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) de um Centro Hospitalar.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo descritivo. A colheita foi iniciada em janeiro de 2018. Foram incluídos todos os utentes referenciados para a EIHSCP entre 1-7-2017 e 31-12-2017 e recolhidas as variáveis: género, idade, origem da referenciação, data e hora da referenciação, data e hora da primeira consulta, patologia que motiva referenciação, número e data de consultas realizadas, número e data de episódios de internamento, número e data de contactos telefónicos realizados pela EIHSCP e número e data de recorrências ao Serviço de Urgência (SU), data e local do óbito.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 178 doentes, com uma média de idades de 72,6 anos, 54% do género masculino. A maioria (51%) foi referenciada via internamento. A especialidade que mais referenciou foi Medicina Interna (33%), maioritariamente via internamento, seguida de Oncologia (28%), maioritariamente via consulta externa. Foram referenciados por motivo não oncológico 25 doentes (13%). As neoplasias mais comuns são do pulmão (11,8%), seguidas de estômago e pâncreas (8,4%) e cólon e reto (7,3%).

O tempo médio de seguimento pela EIHSCP foi calculado em 34 dias. Esse valor difere entre doentes referenciados via consulta vs internamento, sendo de 42 vs 26,7 dias respetivamente. O tempo médio de seguimento também

difere entre patologias (maior tempo de 53,3 dias para a neoplasia da mama) e especialidade que referencia (maior tempo de 50 dias para oncologia). Foi possível perceber que 22% dos doentes (39/178) faleceram nos 5 dias após a primeira avaliação e que 36% (64/178) morreram nos 15 dias após a primeira avaliação. A equipa realizou em média 2,8 contactos (consulta, telefonema ou internamento) por doente. Não foi possível estabelecer relação entre o número de vindas ao SU e o número de contactos feitos pela equipa. Na aproximação da morte, o número de contactos, de uma forma geral, aumentou. Faleceram fora do Hospital (domicílio/lar/RNCCI) 20,2% dos doentes, dos quais 15,2% faleceram em casa.

A elevada média de idades (72,6 anos) e o predomínio de patologias do foro oncológico (86%) estão de acordo com o esperado e com dados da literatura. Os dados encontrados poderão refletir uma tendência para os doentes oncológicos serem referenciados por medicina interna, numa fase mais avançada da doença, quando são internados por descontrolo sintomático. O tempo de seguimento encontrado é largamente inferior a valores da literatura, o que limita o desenvolvimento de estratégias de minoração do sofrimento e preparação da morte, à luz do preconizado em CP. O tempo de seguimento variou de acordo com a patologia, a especialidade referenciadora e a via de referência.

Este estudo abre portas a inúmeras questões. Seria interessante caracterizar a capacidade instalada da equipa atual e desenvolver protocolos com critérios de referência promovendo o envio atempado dos doentes. Uma vez que a larga maioria são doentes oncológicos, seria interessante estudar os doentes acompanhados em oncologia, comparando os que são acompanhados por CP com os que não são relativamente a controlo sintomático, saúde mental, e ocorrência do óbito no local pretendido.

E-Poster 86

SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NO TRABALHO POR TURNOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diogo Laertes Correia, Branca Carrito

Serviço de Saúde Ocupacional do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de apneias e hipopneias, secundários ao colapso da via aérea superior durante o sono. A sua importância clínica advém das suas repercussões cardiovasculares e também das alterações neuropsicológicas que propiciam a ocorrência de acidentes de trabalho e de viação.

Caso clínico: Mulher com 42 anos, a exercer atividade de assistente operacional num serviço de internamento em regime de turno rotativo, com antecedentes de obesidade grau I, hipertensão arterial (HTA) e retrognatismo, foi ob-

servada em consulta de vigilância médica periódica pelo Médico do Trabalho que objetivou descontrolo da tensão arterial e ganho ponderal de 7 Kg (IMC 36 kg/m²) desde avaliação anterior. Na tentativa de melhor esclarecimento do quadro clínico averiguou-se roncopatia exuberante com apneias objetivadas, sensação de sono não reparador bem como insónia intermédia e cefaleias matinais frequentes. Aplicou-se a escala de sonolência de Epworth obtendo-se o valor de 3/24. Foi comunicada ao Médico de Família o quadro clínico que decidiu proceder ao estudo poligráfico do sono que revelou SAOS grave com necessidade de terapêutica com auto-CPAP. Após o diagnóstico a trabalhadora recorre a exame ocasional de Medicina do Trabalho para dar conhecimento do mesmo e da terapêutica instituída. Na tentativa de um melhor e mais rápido controlo da SAOS e consequentemente das suas repercussões cardiovasculares e neuropsicológicas o Médico do Trabalho opta por emitir ficha de aptidão com resultado apto condicionado e proposta de organização de trabalho para que a trabalhadora exerça a sua atividade laboral apenas no período diurno durante um período previsível de 90 dias.

Conclusão: A vigilância médica periódica realizada pelo Médico do Trabalho visa sobretudo o rastreio de potenciais doenças profissionais, no entanto, também é capaz de abrir portas ao diagnóstico de doenças naturais, especialmente quando podem propiciar a ocorrência de acidentes laborais e futuras incapacidade para o trabalho. Apesar de a SAOS ser uma doença secundária ao colapso da via aérea superior durante o sono, tem-se verificado que a eficácia do seu tratamento difere de acordo com o período em que o indivíduo dorme, com melhor controlo da doença quando o período de sono é durante a noite. Assim, os trabalhadores por turnos estão prejudicados no que toca ao controlo da SAOS bem como estão especialmente predispostos a desenvolver HTA e outros fatores de risco cardiovasculares pelos efeitos das alterações impostas ao ritmo circadiano. Na perspetiva preventiva que acompanha sempre o raciocínio do Médico do Trabalho e de forma a poder atuar na perfeita adequação do posto de trabalho ao trabalhador, promovendo o seu bem-estar e minimizando os efeitos do trabalho na doença, os autores julgam que a laboração por turnos no período inicial da terapêutica com auto-CPAP deve ser evitada até que se verifique controlo dos sinais e sintomas, sendo a forma mais adequada de prevenir quer acidentes de trabalho quer eventos cardiovasculares. É ainda de relevar a elevada importância da perfeita articulação entre o Médico do Trabalho e o Médico de Família no diagnóstico e controlo de doenças e de fatores de risco cardiovasculares.



Patrocínio Científico



Major Sponsors



Sponsors



Organização e Secretariado

ad⁺medic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.montes@admedic.pt
paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

Agência de Viagens Oficial

**ad⁺medic
Tours**

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526