

26 ANOS JUNPC



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

07 | 08 ABRIL

Centro de Congressos de Lisboa & Online

2022

PRESIDENTE DE HONRA

Prof. Doutor José Luís Medina†

PRESIDENTE

Dr. José Canas da Silva

SECRETÁRIO GERAL

Dr. Rui Cernadas

**PROGRAMA
CIENTÍFICO**



Imagem: Ad Médico

Consulte a versão
digital do programa
com resumos



26 ANOS JNPC

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



Caros Colegas e Amigos

Sejam bem-vindos às 26^{as} Jornadas Nacionais Patient Care!

As primeiras palavras são de Homenagem sentida ao Prof. Doutor José Luís Medina, que recentemente nos deixou. À sua Família, Colegas e Amigos as minhas sentidas condolências. O Professor Medina, foi uma grande Figura da Medicina e da Endocrinologia Portuguesa, um amigo de sempre e um cidadão exemplar.

Em todos nós deixa uma imensa saudade.

Estas Jornadas prestam-lhe neste primeiro dia uma justa Homenagem, a que todos nos associamos.

Continuamos hoje a viver tempos muitos difíceis para o exercício da Medicina de qualidade em Portugal. A ausência de planeamento e de reformas atempadas e de há muito reclamadas, resultou nas dificuldades que hoje sentimos para uma adequada assistência aos nossos doentes do SNS. Os especialistas de MGF, souberam em devido tempo chamar a atenção para as dificuldades, a necessidade de mudança e a imperiosa revalorização das carreiras médicas, bem como um adequado apetrechamento em meios humanos e materiais das diferentes estruturas de saúde. Torna-se especialmente importante relevar a importância dos Cuidados Médicos Primários como base essencial de um Serviço Nacional de Saúde que aspire a uma medicina de qualidade e de proximidade.

O programa das 26^{as} Jornadas Nacionais Patient Care visa estimular e completar a formação em áreas que reputamos de especial interesse para a prática em MGF, esperando a vossa participação ativa e crítica, bem como sugestões para o futuro.

A finalizar, agradeço a todos os que anualmente nos acompanham nas Jornadas, aos Oradores e Moderadores de Conferências e de Mesas-Redondas, aos Colegas da Comissão Científica e Organizadora e à Indústria Farmacêutica, sem cuja contribuição estas Jornadas não seriam possíveis.

Permitam-me um especial obrigado à Ad Médic, em particular na pessoa da Dra. Paula Cordeiro pela organização e logística das Jornadas e um fraternal abraço ao Dr. Rui Cernadas, companheiro e amigo de muitos anos e a quem as Jornadas tanto devem.

Bem-vindos a Lisboa! Bem-vindos às 26^{as} Jornadas Nacionais Patient Care!

Vosso Colega e Amigo


José Canas da Silva





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



COMISSÃO DE HONRA

Ministra da Saúde

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Presidente do Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição

Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Lisboa e Vale do Tejo

Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

COMISSÃO ORGANIZADORA

Dr. José Canas da Silva Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa

Dr. Rui Cernadas Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos

PRESIDENTES, MODERADORES E PALESTRANTES

Dra. Ana Brasileiro Dermatologista, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central – Centro de Responsabilidade Integrado (CRI) Dermato-Venereologia | **Dra. Ana Calafate** Médica de Família, USF Garcia de Orta, Porto; Médica no Estabelecimento Prisional Santa Cruz do Bispo | **Profa. Doutora Ana Rodrigues** Professora de Reumatologia e Epidemiologia, NOVA Medical School; Investigadora Principal da Unidade EpiDoC, NOVA Medical School; Coordenadora da Unidade de Reumatologia, Hospital dos Lusíadas | **Dr. André Lourenço** Especialista em Medicina Geral e Familiar (Grupos Lusíadas, Trofa Saúde e Continental Mabor); Pós-graduado em Geriatria (Casa dos Pais - residências geriátricas); Pós-graduado em Medicina Estética (Laser Clinic e Clínica Sónia Costa) | **Dr. Carlos Castro** Interno de Formação Específica em Medicina Geral em Familiar, USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II – Gondomar | **Dr. Carlos Reis** Médico Interno em Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Sete Caminhos - ACES Grande Porto II | **Carlos Aguiar** Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, Carnaxide | **Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro** Pneumologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE | **Enfa. Catarina Pazes** Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Especialista em EMC - Vertente Enfermagem a Pessoas em Situação Paliativa; Mestre em Cuidados Paliativos; Enfermeira na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA; Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Enfermagem do IPBeja; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos | **Dr. César Esteves** Médico Especialista em Endocrinologia – Nutrição; Coordenador do Grupo de Estudos de Tecnologias Avançadas em Diabetes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia | **Cláudia Vicente** Médica de Medicina Geral e Familiar, UCSP

Mealhada, ACES Baixo Mondego, ARS Centro | **Dra. Cristina Galvão** Médica Paliativista, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+, ULSBA | **Profa. Doutora Cristina Gavina** Diretora do Serviço de Cardiologia e do Departamento de Medicina, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Professora Auxiliar, Faculdade de Medicina do Porto | **Dra. Cristina Maia e Costa** Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida | **Dra. Cristina Neiva Moreira** Interna de 4º ano de Medicina Geral e Familiar, USF Trilhos Dueça, Miranda do Corvo | **Dra. Dalila Azevedo Martins** Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar | **Dra. Daniela Duarte Silva** Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da USF Brás Oleiro (ACES Grande Porto II - Gondomar); Formação Intermédia em Cuidados Paliativos (ARS Norte) | **Dr. David Ângelo** Especialista em Estomatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Doutoramento em Cirurgia Maxilofacial – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Diretor Clínico do Instituto Português da Face; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; *American Society of Temporomandibular Joint Surgeons; European Society of Temporomandibular Joint Surgeons; European Association for Cranio Maxillo Facial Surgery* | **Prof. Doutor Davide Carvalho** Chefe de Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar Universitário de S. João, Porto; Professor Associado Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | **Dr. Fábio Mano Oliveira** Médico de Medicina Geral e Familiar, CUF Cascais | **Dra. Fernanda Geraldês** Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia /Obstetrícia, Centro hospitalar e Universitário de Coimbra; Presidente da Secção Portuguesa de Menopausa da SPG desde 2015; Responsável da Consulta de Menopausa, de Ginecologia Endócrina e de Ginecologia da Infância e da Adolescência sediada no Hospital Pediátrico de Coimbra | **Prof. Doutor Filipe Froes** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pulido Valente, CHULN; Doutoramento em Saúde Pública e Consultor da Direção-Geral da Saúde | **Dr. Francisco Ferreira e Silva** Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Amora Saudável - ACeS Almada-Seixal | **Dr. Gonçalo Proença** Cardiologista, Hospital dos Lusíadas, Lisboa; Coordenador Unidade Cardiologia Hospital de Cascais | **Dra. Helena Beça** Assistente Graduada de Medicina Geral F. Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos. ACES Gaia | **Dra. Irina Ramilo** Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Vila Franca de Xira e Centro Especializado de Endometriose, Hospital Lusíadas, Lisboa; Autora da página @aginecologistadamelhoramiga | **Dr. Ivo Reis** | **Dra. Joana Louro** Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Oeste; Membro da Direção do NEDM (Núcleo de Estudos da Diabetes mellitus), da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna | **Dr. João Azevedo** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master Internacional em Medicina Estética (Madrid); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School; Serviço Clínico Continental Mabor e Centro Hospitalar Médio Ave | **Dr. João Coucelo** Médico de Medicina Geral e Familiar, ARS Algarve; Médico Sala Emergência e VMER Barlavento; Médico INEM Serviço Helicóptero de Emergência Médica e Regulação Médica CODU | **Dr. João Marques** | **Dr. João Sérgio Neves** Médico Endocrinologista, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto | **Dr. José Canas da Silva** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. José Manuel Boavida** Médico Endocrinologista; Presidente da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP); Membro do Board de Directores da IDF-Europa | **Dra. Madalena Rodrigues** Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF do Castelo, Sesimbra | **Dra. Margarida Morais Lopes** Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF da Baixa - ACeS Lisboa Central | **Profa. Doutora Maria João Cardoso** Coordenadora da Cirurgia Mamária, Fundação Champalimaud; Professora Convidada, Universidade Nova | **Prof. Doutora Maria João Carvalho** Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Docente na FMUC; Investigadora no *Institute for Clinical and Biomedical Research* (iCBR) / *Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology* (CIBB) | **Profa. Doutora Maria Júlia Maciel** Professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Jubilada em 2020); Chefe de Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Universitário S. João (Jubilada em 2020); Vive Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos; Presidente da Comissão de Ética da Sociedade Portuguesa de Cardiologia | **Dra. Mariana Rocha** Interna de 2º ano de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família na USF O Basto - ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA. Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL - PPCIRA; Relator do GT-MGF da Sociedade Portuguesa de Reumatologia | **Dr. Miguel Ribeiro Oliveira** | **Dr. Nuno Augusto Saldanha** Médico Interno de Formação Específica em Medicina do Trabalho (último ano de internato) | **Profa. Doutora Paula Freitas** Assistente Hospitalar Graduada no Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário de São João; Professora

Auxiliar da Faculdade de Medicina do Porto; Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (2015-2021) | **Profa. Doutora Paula Pinto** Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Coordenadora da Unidade de Sono e Ventilação não Invasiva do Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia | **Prof. Doutor Pedro Monteiro** Cardiologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | **Dr. Raul Marques Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Criador e coordenador da Consulta de Dor Crónica da USF Lethes; Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Médico e Investigador no Centro de Medicina Digital P5 da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Assistente Convidado da Escola de Medicina da Universidade do Minho | **Dr. Renato Brilhante** Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar | **Dra. Rita Ávila** Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Coordenadora Médica da USF São João da Talha, ACES Loures-Odivelas | **Dr. Ricardo Pereira e Silva** Urologista, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Urologista na Clínica Longeva; Assistente de Urologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Membro do Conselho Diretivo da Associação Portuguesa de Urologia; Membro do Conselho Diretivo da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia | **Dra. Rosário Sargaço Raimundo** Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Marquês, ACes Pinhal Litoral | **Dr. Rui Cernadas** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Dra. Sara China Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF O Basto - Aces Alto Ave; Especialista em Medicina do Trabalho; Médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do Alto Ave | **Dr. Tiago Castro Lopes** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho, Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA; Pós-graduado em Medicina Social

JÚRI DE TRABALHOS

Dra. Ana Calafate Médica de Família, USF Garcia de Orta, Porto; Médica no Estabelecimento Prisional Santa Cruz do Bispo | **Dr. André Lourenço** Especialista em Medicina Geral e Familiar (Grupos Lusiadas, Trofa Saúde e Continental Mabor); Pós-graduado em Geriatria (Casa dos Pais - residências geriátricas); Pós-graduado em Medicina Estética (Laser Clinic e Clínica Sónia Costa) | **Dr. Bruno Gonçalves** Assistente de Medicina Geral e Familiar no ACES Cascais; Coordenador do Grupo Cardiovascular de Cascais | **Dr. Carlos Cardoso** Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Condeixa | **Dra. Cristina Maia e Costa** Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sãvida Porto; Coordenadora Norte dos Postos Médicos Sãvida | **Dr. João Azevedo** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Master Internacional em Medicina Estética (Madrid); Pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde (Porto Business School; Serviço Clínico Continental Mabor e Centro Hospitalar Médio Ave) | **Dr. José Canas da Silva** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor Clínico, Consulreuma, Lisboa | **Dr. José Pedro Antunes** Médico de Medicina Geral e Familiar | **Dra. Madalena Rodrigues** Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF do Castelo, Sesimbra | **Dra. Margarida Santos** Médica de Medicina Geral e Familiar, USF Arco | **Dr. Miguel Martins da Cunha** Médico de Família na USF O Basto - ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho na Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA. Médico da ECL - RNCCI, Médico do GCL - PPCIRA; Relator do GT-MGF da Sociedade Portuguesa de Reumatologia | **Dr. Óscar de Barros** Médico de Medicina Geral e Familiar | **Dr. Raúl Marques Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Criador e coordenador da Consulta de Dor Crónica da USF Lethes; Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Médico e Investigador no Centro de Medicina Digital P5 da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Assistente Convidado da Escola de Medicina da Universidade do Minho | **Dr. Rui Cernadas** Coordenador dos Serviços Clínicos Continental-Mabor; Médico do Trabalho; Membro da Direção da Competência em Medicina Farmacêutica da Ordem dos Médicos | **Dra. Sara China Pereira** Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF O Basto - Aces Alto Ave; Especialista em Medicina do Trabalho; Médica da equipa coordenadora local da RNCCI do Aces do Alto Ave | **Dra. Sónia Bastos** Médica de Medicina Geral e Familiar | **Dr. Tiago Castro Lopes** Médico de Família, USF Serzedelo do ACeS Alto Ave; Médico do Trabalho, Continental Mabor - Indústria de Pneus, SA; Pós-graduado em Medicina Social



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



07 de ABRIL | Quinta-feira

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Comunicações orais I**

Moderadores: Dra. Sara China Pereira e Dr. André Lourenço

CO 01 Impacto da horticultura e jardinagem como intervenção na ansiedade e depressão:
Uma revisão baseada na evidência

Dr. Carlos Reis

CO 02 Crómio como terapêutica adjuvante na diabetes mellitus tipo 2 – Qual a evidência

Dr. Carlos Castro

CO 03 Anafilaxia a ZIR-FOS

Dra. Cristina Neiva Moreira

CO 04 Quando as doenças reumatológicas se cruzam

Dra. Margarida Morais Lopes

09:30-10:40h **Novidades na diabetes**

Moderador: Prof. Doutor Davide Carvalho

Educação terapêutica da pessoa com diabetes. Avaliação da situação em Portugal

Dr. José Manuel Boavida

Remissão da diabetes tipo 2. Intervenção e resultados?

Dr. João Sérgio Neves

Avaliação dos resultados dos fármacos mais recentes, na diabetes tipo 2

Profa. Doutora Paula Freitas

Discussão

10:40-11:10h **Conferência Medicina do futuro? É agora e aqui**

Presidente: Dr. Rui Cernadas

Palestrante: Dr. César Esteves

11:10-11:40h Intervalo

11:40-12:30h



Simpósio Os desafios da gestão da pandemia – Da prevenção ao tratamento

Palestrantes: Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro e Dr. Fábio Mano Oliveira

12.30-13:00h

Sessão de Abertura e Homenagem Póstuma ao Prof. Doutor José Luís Medina[†]

13:00-14:00h

Almoço

14:00-15:00h

“Segredos da Cardiologia”

Moderadora: Profa. Doutora Maria Júlia Maciel

Palestrante: Profa. Doutora Cristina Gavina

15:00-15:50h



Simpósio O mais importante da insuficiência cardíaca para a MGF em 2022

Palestrante: Dr. Gonçalo Proença

15:50-16:10h

Intervalo

16:10-16:30h



Conferência Dermatite atópica – Uma doença que marca

Palestrante: Dra. Ana Brasileiro

16:30-18:00h

Rastrear e tratar precocemente

Moderadoras: Dra. Fernanda Geraldes e Dra. Rita Ávila

HPV

Dra. Irina Ramilo

Cancro da mama

Profa. Doutora Maria João Cardoso

Osteoporose

Profa. Doutora Ana Rodrigues

Menopausa

Dra. Maria João Carvalho

Infeção urinária recidivante

Dr. Ricardo Pereira e Silva

18:00h

Fim das Sessões do 1º Dia

Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário.

**CONTAMOS CONSIGO,
CONTE CONNOSCO!**

PRÓXIMAS JORNADAS
16 E 17 DE FEVEREIRO 2023
CENTRO DE CONGRESSOS
DE LISBOA

08 de ABRIL | Sexta-feira



08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Comunicações orais II**

Moderadores: Dra. Ana Calafate e Dr. Tiago Castro Lopes

CO 05 O futuro no presente – Ecografia nos cuidados de saúde primários?

Dr. João Coucelo

CO 06 Cancro da mama no homem – Um diagnóstico raro a não esquecer

Dra. Dalila Azevedo Martins

CO 07 Tuberculose extrapulmonar – Um diagnóstico a excluir

Dra. Mariana Assis da Silva Salsinha Rocha

CO 08 Lombalgia mecânica como manifestação de neoplasia – A propósito de um caso clínico

Dr. Renato Brilhante

09:30-10:00h **Conferência COVID 19: O que mudou e o que vai mudar?**

Presidente: Dr. José Canas da Silva

Palestrante: Prof. Doutor Filipe Froes

10:00-10:50h **Simpósio Um olhar que faz a diferença: Proteger para a vida**

AstraZeneca  *Palestrantes:* Dr. Carlos Aguiar e Dra. Cláudia Vicente

10:50 -11:20h Intervalo

11:20-12:10h **Simpósio Mind the GAP – O pilar terapêutico esquecido na doença arterial coronária e periférica**



Palestrante: Prof. Doutor Pedro Monteiro

12:10-13:00h **Cuidados Paliativos**

Moderadoras: Enfa. Catarina Pazes e Dra. Helena Beça

Princípios básicos em Cuidados Paliativos

Dra. Cristina Galvão

O papel do Médico de Família

Dra. Daniela Duarte Silva

13:10-14:15h Almoço

14:15-15:30h

Se não sabe, porque não pergunta? Casos reais

Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. Miguel Martins da Cunha

Diabetes, coração e rim

Dr. Ivo Reis

Obesidade

Dra. Joana Louro

Ansiedade e depressão

Dr. João Marques

Dor crónica

Dr. Raul Marques Pereira

Discussão

15:30-16:10h

Conferência A DPOC revisitada

Palestrante: Profa. Doutora Paula Pinto

Apresentação do Projeto TROIA

16:10-16:45h

Comunicações orais III

Moderadores: Dra. Madalena Rodrigues e Dr. João Azevedo

CO 09 Carcinoma da tiroide: Diagnóstico em exame de saúde de medicina do trabalho, após queixa de vacina COVID-19

Dr. Nuno Augusto Saldanha

CO 10 Pedido de urocultura – Auditoria da qualidade de prescrição em duas unidades de saúde familiar

Dra. Rosário Sargaço Raimundo

CO 13 Criação de uma consulta de saúde sexual

Dr. Francisco Ferreira e Silva

16:45-17:00h

Novos paradigmas no tratamento de subtipos de dor orofacial

Dr. David Ângelo

17:00h

Sessão de Encerramento

Entrega dos Prémios Melhor Caso Clínico e Melhor Poster



Consulte a versão
digital do programa
com resumos



RESUMOS | Comunicações Livres

Quinta-feira | 07 de abril

09:00-09:30h | Comunicações Orais I

Moderadores: Dra. Sara China Pereira e Dr. André Lourenço

CO 01

IMPACTO DA HORTICULTURA E JARDINAGEM COMO INTERVENÇÃO NA ANSIEDADE E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Carlos Reis¹; Ana Filipa Miranda¹; Henrique Teles¹
¹USF Sete Caminhos, ACES Gondomar

Introdução: A horticultura é uma estratégia não farmacológica que engloba atividades de jardinagem potencialmente benéficas para a saúde física e mental em doentes de diferentes idades e contextos. O seu efeito terapêutico tem sido descrito na literatura não só na diminuição do stress, mas também perturbações do foro emocional e cognitivo. Além disso, estimula a participação no “meio social” e a sensação de bem-estar.

Objetivo: Rever a evidência atual referente à intervenção através de programas de horticultura e jardinagem no tratamento das perturbações da ansiedade e depressão.

Materiais e métodos: Pesquisa bibliográfica de normas de orientação clínica, meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados (ECA), estudos quasi-experimentais (QE), estudos observacionais publicados até outubro de 2021 com os termos MeSH [(*Gardening* OR *Horticultural Therapy*) AND (*Anxiety Disorders* OR *Depressive Disorder* OR *Depression*)]. Os critérios de inclusão foram definidos segundo o modelo PICO. A população foi constituída por indivíduos com diagnóstico de ansiedade ou depressão; a intervenção baseou-se em sessões de horticultura/jardinagem; o outcome estudado foi o impacto positivo em scores validados de ansiedade e/ou depressão. A *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT) foi usada para classificar o nível de evidência.

Resultados e conclusões: A pesquisa obteve 548 resultados, dos quais quatro preencheram os critérios de inclusão.

Uma revisão sistemática em idosos com depressão residentes em *long-term care facilities* destacou dois ECA com um decréscimo dos scores médios de ansiedade/depressão e um acréscimo da sensação subjetiva de felicidade no grupo experimental; não obstante, o estudo QE concluiu não existir impacto significativo destas atividades no grupo experimental versus controlo. Um ECA em doentes idosos com depressão salientou uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva seis meses após a intervenção, embora o *follow-up* aos 12 meses e a *intention-to-treat analysis* tenham concluído não existir um impacto significativo da participação nestas atividades. Outro ECA em doentes com perturbação de ansiedade ou depressão demonstrou apenas redução significativa da subescala de stress no grupo de intervenção comparativamente ao controlo. Um QE em doentes do sexo masculino com depressão revelou melhoria significativa pós-intervenção da escala e respetivas subescalas de ansiedade/depressão. Os artigos incluídos nesta revisão foram escassos e apresentaram heterogeneidade nos *endpoints*, metodologia, escalas e tamanho amostral, dificultando a formulação de conclusões. A evidência recente das atividades de jardinagem e horticultura no *management* da ansiedade e depressão é promissora, mas limitada (SORT B). Assim, são necessários mais estudos nesta população com uma metodologia uniformizada.

CO 02

CRÓMIO COMO TERAPÉUTICA ADJUVANTE NA DIABETES MELLITUS TIPO 2 – QUAL A EVIDÊNCIA

Marta Silva Almeida¹; Carlos Castro²
¹USF São Marcos; ²USF Sete Caminhos

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica crónica cuja prevalência tem aumentado nas últimas décadas e está associada à progressiva resistência periférica à insulina e défice de secreção de insulina. A hemoglobina glicada (HbA1c) é um dos parâmetros que permite realizar o diagnóstico de DM2, estimando a média de glucose sérica e permitindo avaliar a eficácia do tratamento. Não obstante as várias recomendações e terapêuticas com

evidência no tratamento desta doença, continua a existir investigação com o intuito de melhorar o seu controlo. O crómio (Cr) é um elemento presente no corpo humano em quantidades vestigiais e participa no metabolismo dos hidratos de carbono e lípidos. Propõe-se que o Cr aumente a sensibilidade periférica à insulina através da interação com o transportador GLUT-4 existente no cérebro, rim, intestino, músculo e tecido adiposo. Baixas concentrações de Cr no organismo estão associadas a resistência periférica à insulina. A suplementação com Cr como terapêutica adjuvante em doentes com DM2 tem sido proposta e estudada devido ao seu papel metabólico.

Objetivos: Revisão de evidência científica sobre suplementação de Cr em doentes com diabetes mellitus tipo 2 e o seu efeito na homeostasia da glucose.

Métodos: Pesquisa em bases de dados científicas: *PubMed*, NICE, *The Cochrane Library*, BMJ e DARE, publicados entre 2011 e 2021 em língua inglesa, de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados (ECA) utilizando os termos MeSH: *chromium*, diabetes mellitus, *dietary supplements*. Os critérios de exclusão foram a não conformidade com os objetivos da pesquisa e a duplicação de artigos. Para avaliar a qualidade dos estudos foi utilizada a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Dos 89 artigos obtidos, foram selecionados 2 ECA e 3 RS com MA. Numa RS com MA, conclui-se que não existe evidência suficiente sobre o efeito da suplementação com Cr na DM2. Noutra RS com MA documentam-se melhorias estatisticamente significativas na HbA1c (em média, -0.58%), com suplementação com Cr em doses acima de 200 mcg, sendo este efeito particularmente favorável em diabéticos com HbA1c \geq 8%. Demonstra-se também uma redução significativa da glicémia em jejum suplementados com picolinato de Cr (-17.64 mg/dL). A terceira RS com MA demonstra resultados semelhantes com um decréscimo significativo da HbA1c (-0.54%) e da glicémia em jejum (-17.82 mg/dL). Nos ECA observaram-se resultados divergentes. No primeiro ECA não foi demonstrado um efeito significativo na homeostasia da glucose (HbA1c e glicémia em jejum) após 90 dias de suplementação com 50 μ g e 200 μ g de nicotinato de Cr. Contrariamente, o segundo ECA incluído demonstrou uma diminuição estatisticamente significativa na glicémia em jejum (-11.03 mg/dL) e insulina sérica (-1.33 μ U/mL) após 12 semanas de suplementação com 200 μ g de picolinato de Cr. No entanto este estudo foi realizado em doentes com DM2 e doença coronária e não foi realizada a medição de HbA1c.

Conclusões: Nos ECA e MA estudaram-se amostras heterogêneas (diferentes perfis de risco, controlo da doença e medicação). As formulações, doses e frequência dos suplementos de Cr são várias, bem como a duração dos ensaios. Torna-se pertinente a questão da avaliação da concentração basal de Cr nas populações testadas, parâmetro este que nunca foi colhido em qualquer ensaio. A suplementação com Cr parece ter impacto em vários biomarcadores de adultos com DM2 podendo ter um papel no seu tratamento, no entanto são necessários estudos mais longos, com amostras maiores e homogeneizadas de modo a avaliar não só os benefícios mas também os efeitos adversos da sua exposição prolongada.

CO 03

ANAFILAXIA A ZIR-FOS®

Cristina Neiva Moreira¹; António Carvalho¹; Maria João Marques¹; Margarida Guilherme¹; Carla Serra¹

¹USF Trilhos Dueça

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal. Trata-se de uma emergência médica por excelência. A anafilaxia permanece subdiagnosticada, subreportada e subtratada. O diagnóstico é clínico e baseia-se na presença no quadro clínico de instauração súbita com compromisso da pele ou mucosas associado a compromisso respiratório ou cardiovascular. Também pode ser caracterizado pela presença de 2 dos seguintes: compromisso de pele e mucosas, compromisso respiratório, compromisso cardiovascular verificada em hipotensão ou sintomas gastrointestinais súbitos. O tratamento pilar é a administração da adrenalina intramuscular que é, de acordo com múltiplas orientações, o tratamento de primeira linha da anafilaxia. A sua não administração associa-se a maior risco de morte. Corticóides e antihistamínicos podem contribuir para o tratamento, mas nunca constituem uma alternativa à adrenalina por terem início de ação lento e não atuarem sobre as alterações ventilatórias e cardiovasculares que conduzem à morte. A maioria dos alergénios conhecidos, mais frequentemente identificados como provocadores de anafilaxia são os medicamentos, alimentos e venenos de insectos. Neste caso clínico, identificamos uma anafilaxia a um medicamento, mais propriamente, um suplemento alimentar de características simbióticas.

Descrição: Este caso clínico relata o processo clínico e investigação de uma anafilaxia a um medicamento, mais propriamente o ZIR-FOS®, suplemento alimentar, probiótico e prebiótico. A utente padece cronicamente de asma alérgica e síndrome de colon irritável tendo sido medicada para esse efeito, em consulta programada. Após a segunda toma de

ZIR-FOS®, recorre ao Centro de Saúde por dispneia, aperto cervical e exantema maculo-papular generalizado pruriginoso, sendo o quadro compatível com os critérios de anafilaxia. A utente era acompanhada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em Imunoalergologia por múltiplas alergias: Ácido acetilsalicílico, Metamizol magnésico, anti-inflamatórios não esteroídeos, Penicilina e seus derivados. No entanto, o ZIR-FOS® não constituía um potencial alergénico uma vez que a sua composição química não era partilhada com as suas alergias conhecidas. O ZIR-FOS® é constituído por Bifidobactérias (Bifidobacterium longum BB536®, 5 mil milhões de UFC por saqueta), Fruto-oligosacáridos Actilight® e Vitaminas do Complexo B. Nas doses recomendadas não se conhecem, por não se terem observado, quaisquer efeitos secundários indesejáveis durante a utilização de ZIR-FOS®. Foi medicada na USF Trilhos Dueça com Metilprednisolona 125mg intramuscular, Salbutamol em nebulização e oxigenoterapia. Não foi administrada adrenalina. A utente foi enviada para o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra onde ficou em observação, não tendo sido feita administração de adrenalina nem de outro tipo de farmacologia.

Conclusão: O Resumo das Características do Medicamento do ZIR-FOS® não contempla anafilaxia nem de outro efeitos secundário associado à toma. Trata-se de um caso clínico que relata uma anafilaxia a um simbiótico, tornando-o num caso clinicamente significativo de reporte. É também de salientar que a conduta terapêutica não foi a mais adequada tanto a nível dos Cuidados de Saúde Primários como em meio hospitalar. A adrenalina constitui a primeira linha de tratamento uma vez que diminui os efeitos cardiovasculares e respiratórios e diminui significativamente o risco de morte por anafilaxia assim como a prevalência de uma reacção anafilactoide bifásica. Continua a existir uma reticência por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar na administração da adrenalina, por diferentes motivos. As Unidades de Saúde Familiar deveriam insistir e colaborar na partilha de conhecimento científico. Este efeito secundário foi comunicado à comissão de farmacovigilância do Infarmed com o número de submissão FO-PS-B202111-1963.

CO 04

QUANDO AS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS SE CRUZAM

Margarida Morais Lopes¹; Catarina Soares¹

¹USF da Baixa - ACES Lisboa Central

Introdução: As dores músculo-esqueléticas (ME) são queixas comuns na prática clínica do médico de família (MF) sendo transversais a diversas patologias. As doenças reumatológicas apresentam-se predominantemente por ma-

nifestações do sistema musculoesquelético associadas ou não a sintomas sistémicos. Os dados obtidos na anamnese e exame objetivo (EO) têm um papel primordial, permitindo a orientação do diagnóstico diferencial, do pedido de exames complementares e finalmente do diagnóstico definitivo. A fibromialgia é uma síndrome de dor ME generalizada com natureza desconhecida e sem causa orgânica detectável, tratando-se de uma forma não articular e não inflamatória de doença reumática, surgindo como um diagnóstico de exclusão. O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença crónica imunomediada, com uma grande variabilidade de manifestações, sendo que na maioria dos casos estão existindo manifestações articulares e sintomas constitucionais, tais como fadiga, cansaço ou mialgias, presentes em algum momento durante o curso da doença. O presente caso visa realçar a importância da história clínica e avaliação das queixas de dor na prática clínica diária em doentes com doença reumatológica, inclusive em doentes com doenças e diagnósticos já estabelecidos.

Descrição: Doente sexo feminino, 61 anos, com antecedentes pessoais de fibromialgia, diagnosticada aos 30 anos, com acompanhamento irregular em consulta de reumatologia, medicada desde então com pregabalina, ciclobenzaprina e AINE em SOS; Trombose Venosa Profunda aos 60 anos medicada com rivaroxabano. Recorreu a consulta com o MF referindo queixas algícas e rigidez articular matinal de ambas as mãos com 1 ano de evolução, sem sinais inflamatórios associados, que a doente relacionava com a sua patologia crónica mas que estavam em agravamento. Ao EO apresentava deformidade da 1ª articulação metacarpofalângica direita e das 1ª carpometacarpais bilateralmente. Pediu-se avaliação analítica para estudo de doença reumatológica. Quando voltou à consulta referiu novas queixas algícas - gonalgia bilateral e dor nas articulações metatarsofalângicas, com rigidez matinal que melhoravam ao longo do dia com o movimento. Ao questionar sobre outros sintomas referiu xerostomia, xerodermia e aftose oral recorrente. Trouxe os resultados das análises que mostraram VS normal, ANAs positivos (padrão fino granular, título 1/160) e Ac Anti-dsDNA positivos, pelo que se referenciou a consulta de Reumatologia tendo sido diagnosticada com LES.

Discussão/Conclusão: Em Portugal estima-se que 56% da população tem sintomas ou doença reumática, mas apenas 22% têm um diagnóstico final. Os doentes com patologia reumatológica são os doentes crónicos com pior qualidade de vida, sendo essencial o papel do MF na mudança deste paradigma. O presente caso clínico pretende realçar isso mesmo. Percebe-se a importância de uma anamne-

se cuidada e detalhada das queixas do foro ME em todos os momentos da prática clínica, mesmo em situações em que o doente tem um diagnóstico passível de justificar este tipo de sintomatologia. Neste caso em particular a mudança do padrão das queixas, a falência terapêutica no alívio das mesmas e a exploração de outros sinais e sintomas associados levou ao diagnóstico de uma outra doença para além da fibromialgia, o LES, uma doença reumatológica com necessidades terapêuticas diferentes e com um curso distinto, exigindo uma vigilância e tratamento adequados para prevenção de complicações e para manutenção da qualidade de vida.

09:00-09:30h | **Comunicações Orais II**

Moderadores: Dra. Ana Calafate e Dr. Tiago Castro Lopes

CO 05**O FUTURO NO PRESENTE – ECOGRAFIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS?**João Coucelo¹¹UCSP de Vila do Bispo, ACeS Barlavento II, ARS Algarve

Introdução: A ideia de existirem especialistas em medicina geral e familiar minimamente diferenciados em ecografia causa polémica. Entre confundir-se o ter a capacidade de destrinçar o normal do possivelmente anormal e o detalhar qualquer dos dois, entre o achar-se que exclui à partida a necessidade de pedir ecografias a serem realizadas por radiologistas e o pânico de poder vir a ser mais uma valência obrigatória a qualquer centro de cuidados de saúde primários (CSP), há o doente que efectivamente beneficiaria deste recurso no exame objectivo. Neste caso ter-se-á evitado no mínimo uma disfunção renal.

Descrição: Mulher de 47 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais, medicação crónica ou alergias conhecidas, índice obstétrico 0-0-0-0, observada há 8 dias no Serviço de Urgência Hospitalar (SUH) da área de residência por quadro de anúria com 18 horas de evolução. Segundo informação comunicada oralmente pela doente, foi avaliada em “balcões”, algaliada com drenagem imediata de “3L urina”, fez análises e teve alta algaliada e medicada com Tansulosina 0,4 mg oral 1 id e Butilescopolamina 10 mg oral 8/8 horas durante 8 dias. Recorreu aos CSP para retirar a algália conforme guia de tratamento, tendo sido chamado pela enfermeira por manutenção de “globo vesical após esvaziamento”. Apresentava história de desconforto abdominal crescente. Negava outra sintomatologia, nomeadamente dor tipo cólica, febre, náuseas, vômitos, hematuria, sedimento ou alteração do débito urinário. Ao exame objectivo com esgar de dor à palpação supra-púbica onde massa tensa 10x8 cm, pouco móvel, múltiplas adenopatias inguinais discretas e bilaterais. Na “ecosopia” realizada no momento da restante observação com recurso a sonda portátil Butterfly iQ+, descrevo e registo em processo “massa heterogénea volumosa, aparentemente uterina, localização extra-vesical”. Referenciada de imediato ao SUH com contacto prévio com médico responsável dos “balcões” e acompanhada de carta com informação clínica. Dada a suspeita de dilatação pielocalicial à esquerda, ainda e no próprio dia, por acreditar na necessidade de uma caracterização imagiológica

especializada urgente, contactei o radiologista de serviço do hospital de referência por mensagem onde descrevi o caso, os achados e as minhas dúvidas. Além disso, anexe as imagens (vídeo e fotografia).

Nesse mesmo dia a doente foi internada no Serviço de Ginecologia para estudo. Destaca-se ressonância magnética pélvica que onde “útero muito aumentado de volume, pela presença de miomas, um intramural volumoso posterior com 10,7x8x10,3 cm (...) hidronefrose esquerda, por moldagem do trajecto do ureter esquerdo pelo mioma (...) o bacinete direito é ligeiramente proeminente, aspecto que deve também a moldagem (...) motivado pelo aumento da volumetria uterina”. No seguimento, foi submetida a histerectomia abdominal total onde a análise anátomo-patológica relata “endométrio proliferativo com áreas de hiperplasia sem atípica. Miométrio com leiomiomas sem atípica. Trompas falópicas com foco de endometriose”.

Hoje a utente encontra-se completamente recuperada e sem alteração da função renal.

Discussão: Embora o ecógrafo como o novo estetoscópio seja um conceito amplamente divulgado, tarda em tornar-se efectivamente numa realidade. Este é um caso paradigmático de entre alguns onde fez a diferença por existir nos CSP. Qual seria a alternativa natural? Pedir ecografia, que mesmo que pedida com urgência, seguramente e para mais numa altura de pandemia, tardaria sempre demasiado para salvar uns rins já com sinais de “sofrimento” por obstrução pós-renal. Urge pensar, discutir e ampliar a possibilidade de formação, a existência desta valência nos CSP e a articulação apurada com os serviços de imagiologia hospitalares em prol da melhoria dos cuidados médicos prestados à população e de uma melhor gestão e utilização de recursos especializados (noutros casos, evitou idas ao SUH).

CO 06**CANCRO DA MAMA NO HOMEM – UM DIAGNÓSTICO RARO A NÃO ESQUECER**Dalila Azevedo Martins¹; Lisandra Martins²; Bárbara Pimentel¹¹Centro de Saúde de Angra do Heroísmo; ²Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: Apesar de menos frequente do que na mulher, a glândula mamária masculina também é sede de patologia. Por esse motivo, o Médico deve ser conhecedor dos possíveis diagnósticos diferenciais e que incluem causas benignas (ginecomastia, pseudoginecomastia, lipoma, entre outras) e malignas (cancro da mama). No que se refere à investigação diagnóstica, é similar à recomendada a adotar na mulher.

O cancro da mama no homem (CMH) é um diagnóstico raro, constituindo 0,5%-1% dos cancros da mama e a aproximadamente 0,2% das neoplasias que afetam o sexo

masculino. Apesar de se estar a assistir a um aumento da sua incidência (26% nos últimos 25 anos), o conhecimento acerca desta entidade patogénica é, ainda, muito superficial no que se refere à sua etiopatogenia e tratamento.

Descrição: Homem de 74 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e hipertrofia benigna da próstata, sem antecedentes cirúrgicos ou história familiar neoplásica. Recorreu à sua Médica de Família por nódulo palpável na mama direita com cerca de 6 meses de evolução. Ao exame objetivo, apresentava lesão nodular com contornos irregulares, consistência dura, na porção central da mama direita associada a ligeira retração mamilar e com cerca de 2-3 cm de maior diâmetro. Foram solicitadas mamografia e ecografia mamária bilaterais. A avaliação radiológica da mama direita revelou “na região retromamilar, com extensão ao quadrante superior-externo, um nódulo de grande densidade, bem definido” traduzido em ecografia por “uma formação hipoecogénica, lobulada, ligeiramente irregular, com 25 x 24 x 14 mm, não sendo identificadas adenopatias axilares, nem leões contralaterais” e atribuída classificação Bi-RADS 6. Foi encaminhado para consulta hospitalar de senologia, tendo sido realizada biópsia cujo resultado anatomopatológico revelou “carcinoma ductal invasivo de baixo grau de malignidade citológica”. O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar e proposto tratamento cirúrgico. Foi submetido a mastectomia simples e pesquisa de gânglio sentinela (GS). O exame extemporâneo do GS foi negativo para células tumorais, pelo que não se procedeu a esvaziamento axilar. O estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica concluiu “Ressecção R0. Carcinoma ductal invasivo com 20 mm, recetores de estrogénio e progesterona positivos, HER 2 negativo e Ki67 de 10%”. Como terapêutica adjuvante, foi instituída hormonoterapia (tamoxifeno). Ao 6º mês de *follow-up*, sem evidência de recidiva.

Conclusão: Os fatores de prognóstico e o comportamento biológico do cancro de mama são diferentes no homem e na mulher. Sabe-se que o CMH está associado a pior prognóstico: o diagnóstico é realizado em idade mais tardia (a idade média de diagnóstico no homem é 10 anos superior à da mulher); por ser mais raro, o grau de suspeição é menor e o diagnóstico pode ser realizado em estadios mais avançados da doença, sendo biologicamente tumores mais agressivos. Desta forma, é imperativo que o Especialista em Medicina Geral e Familiar seja conhecedor da semiologia associada a esta entidade patológica, não negligenciando o seu diagnóstico em detrimento de uma patologia frequente no homem e que pode ter amplo espectro de apresentação – a ginecomastia. Só assim poderá atuar de forma precoce e, consequentemente, apresentar um contributo positivo no prognóstico clínico do seu utente.

CO 07

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR – UM DIAGNÓSTICO A EXCLUIR

Mariana Assis da Silva Salsinha Rocha¹

¹USF Samora Correia

Introdução: Mais de 25% dos casos de tuberculose apresentam algum grau de envolvimento extrapulmonar, pela disseminação linfática e hematológica dos bacilos de *Mycobacterium Tuberculosis*. As localizações mais comuns são os gânglios linfáticos, a pleura e o sistema osteoarticular. Os fatores de risco associados à Tuberculose extrapulmonar são a idade (crianças e idosos), sexo feminino, insuficiência renal crónica, alcoolismo, diabetes e imunossupressão. No entanto, um problema que se coloca é o estabelecimento do seu diagnóstico definitivo, pois a sintomatologia e os exames complementares imagiológicos podem ser inespecíficos, e por isso atrasar o início de terapêutica dirigida ao agente etiológico e potenciar a consequente evolução da doença e manutenção ou agravamento das suas manifestações.

Descrição do caso: Indivíduo do sexo masculino, 59 anos, nacionalidade portuguesa. Como atividade laboral desempenha a supervisão de tubagens industriais/montagem de tubagens. Como antecedentes pessoais destaca-se a patologia osteoarticular degenerativa, e os hábitos tabágicos ativos com uma carga tabágica ~20 unidades maço-ano. Em contexto laboral esteve em Angola 3 meses em 2014 e 1 mês em 2020. Esteve ainda noutros países de alta incidência de Tuberculose (por exemplo Singapura, México e Bolívia), bem como noutros países europeus com estadias repetidas de pelo menos 1 mês.

Vacinado com bacilo de Calmette-Guérin na infância. Sem história pessoal de Tuberculose, bem como outras doenças respiratórias. Sem contacto conhecido com pessoas com tuberculose.

Em Novembro de 2020, iniciou sensação de obstrução auricular à esquerda, com posterior dor e drenagem de líquido serohemático. Admitiu-se otite média aguda, e foi medicado com antibioterapia tópica. Após a medicação, manteve otalgia esquerda com irradiação à região temporal e cervical ipsilateral e diminuição da acuidade auditiva. Sem resposta a tratamento empírico com diferentes antibióticos per os (Amoxicilina + Ácido Clavulânico, Clindamicina e Metronidazol). Foi seguidamente observado pelas especialidades de doenças autoimunes e otorrinolaringologia, tendo sido solicitados vários exames complementares de diagnóstico, dos quais se destaca IGRA positivo e, imagiologicamente (ressonância magnética), apicite petrosa esquerda com envolvimento da mastoide, ouvido esquerdo e músculos

cervicais. Não apresentava alterações pulmonares agudas ou antigas aparentes no estudo de tomografia computadorizada. Excluídos outros diagnósticos, foi admitida infecção extrapulmonar por Tuberculose, apesar do restante estudo etiológico ter sido negativo. Foi posteriormente enviado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico para início de tratamento com antibacilares.

Conclusão: O diagnóstico de Tuberculose Extrapulmonar requer que exista algum nível de suspeição. Para isso, é importante que esta doença seja colocada na lista de diagnósticos diferenciais com o intuito de desenvolver uma investigação etiológica apropriada. Este caso ilustra na perfeição uma das diversas formas através da qual a Tuberculose se pode manifestar e quão inespecífica pode ser.

O atraso no diagnóstico destas formas de Tuberculose leva a um aumento significativo da morbidade e mortalidade, o que torna tão imperativa a celeridade do seu estabelecimento.

CO 08

LOMBALGIA MECÂNICA COMO MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renato Filipe Silva Brillhante¹; Raquel David²; Pedro Abreu³
¹USF Beira Saúde, ACeS Beira Interior Sul; ²CRI Medicina Interna, ULSCB, EPE; ³Unidade de Reumatologia, ULSCB, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, UBI

Introdução: A dor lombar é um dos motivos de consulta mais frequentes nos cuidados de saúde primários, assim como nas urgências. Habitualmente, a dor crónica no dorso tem uma etiologia musculoesquelética. Contudo, à medida que a idade avança, outro tipo de patologias deve ser considerado. Alguns desses diagnósticos incluem, por exemplo, compressão da medula, síndrome da cauda equina, disseção aórtica, aneurisma da aorta abdominal, espondilodiscite ou hematomas. Outra etiologia comumente observada é a lombalgia devido a fraturas patológicas da coluna vertebral secundárias a doença metastática.

Descrição: Homem, 66 anos, caucasiano, agricultor. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, hipercolesterolemia e depressão major. Medicado com lisinopril/hidroclorotiazida 20/12.5mg id, sinvastatina/ezetimiba 20/10mg id, paroxetina 20mg id e lorazepam 1.5mg id. Era ex-fumador (80UMA), abstinente desde 2010. Recorreu à consulta em novembro.2021 por dor lombar com um mês de evolução, agravada após cessação da época da apanha da azeitona, sem irradiação para os membros inferiores. Negava história de traumatismo local ou quedas. Associadamente, mencionava anorexia e perda de peso de 10Kg em 6 meses. Ao exame objectivo apresentava-se corado

e anictérico, sem rash ou descolorações da pele; auscultação cardiopulmonar sem alterações; abdómen volumoso com hepatomegalia palpável 4cm abaixo da grade costal. O exame da coluna vertebral não evidenciou quaisquer sinais de traumatismo. Sem dor à palpação dos espaços inter-espinhosos ou da musculatura paravertebral. Exame neurológico sumário e dos membros inferiores sem alterações. Foi medicado para ambulatório com naproxeno 500mg bid + tramadol/paracetamol 37.5/325mg bid. Efetuou radiografia da coluna dorso-lombar que não revelou alterações salvo degenerativas. Analiticamente com PCR elevada (59.9mg/l) e alterações provas hepáticas (TGO 105, TGP 100, GGT 626, FA 487 U/L). Por persistência das queixas e pouco alívio com medicação foi discutido caso com Reumatologia. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico que revelou várias alterações sugestivas de doença metastática a nível pulmonar, hepático e intestinal. Por diagnóstico presuntivo de lombalgia em contexto de doença neoplásica foi referenciado a consulta de Medicina Interna e Cuidados Paliativos.

Conclusão: O presente caso demonstra a importância da colheita de uma boa história clínica, da realização de exame objectivo e da consideração de patologia grave não musculoesquelética em pacientes com história de dor lombar. É importante observar que a função da história e do exame físico é procurar elementos confirmatórios e não confirmatórios que possam ajudar a conduzir ao diagnóstico correto. Serve ainda o presente caso clínico para evidenciar as competências do médico de família: a aptidão específica para a resolução de problemas e o papel de gestão de cuidados primários, realçando também o valor da relação da MGF com os demais cuidados de saúde secundários.

16:10-16:45h | Comunicações Orais III

Moderadores: Dra. Madalena Rodrigues e Dr. João Azevedo

CO 09

CARCINOMA DA TIROIDE: DIAGNÓSTICO EM EXAME DE SAÚDE DE MEDICINA DO TRABALHO, APÓS QUEIXA DE VACINA COVID-19

Nuno Augusto Saldanha¹; Raquel Pereira¹; Francisco Carvalho¹; Pedro Matos¹; Vanessa Teófilo¹; Paulo Pinho¹; Carla Ribeiro¹; Pedro Norton¹

¹Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Os tumores da tireoide são divididos em três categorias: papilar (85%), folicular (12%) e anaplásico (< 3%). Fatores de risco para cancro papilar da tireoide: exposição a radiação e história familiar de cancro da tireoide ou síndrome associado a cancro da tireoide. Outros fatores de risco: exposição ocupacional e ambiental; hepatite crónica relacionada à hepatite C; aumento da paridade e idade avançada na primeira gravidez; obesidade / excesso de peso.

A apresentação clínica do carcinoma da tireoide é o nódulo tiroideu, que é detetado pelo doente, durante exames de saúde de rotina ou em exames de imagem. Nódulos não palpáveis têm o mesmo risco de malignidade que os nódulos palpáveis. Uma história de rápido crescimento nodular, fixação do nódulo aos tecidos circundantes, disфонia de início recente ou paralisia das cordas vocais ou a presença de linfadenopatia cervical ipsilateral fazem suspeitar de malignidade.

O diagnóstico, geralmente, é feito por biópsia aspirativa por agulha fina.

Descrição: A doente, sexo feminino, 25 anos e enfermeira num internamento solicitou exame de saúde ocasional em Medicina do Trabalho em março de 2021, relatando ter realizado a vacina Comirnaty em janeiro de 2021, a partir da qual experienciou gânglios cervicais aumentados. Da anamnese referiu inexistência de antecedentes pessoais de destaque e história de familiar, em primeiro grau, de carcinoma renal.

Nega hábitos tabágicos. Ausência de gravidez prévia.

A nível laboral nega exposição a radiação ionizante, citotóxicos ou trabalho por turnos.

Referiu estudo analítico prévio com valores da função tiroideia normais.

A nível do exame objetivo apresentava massa palpável na região tiroideia e na região supraclavicular direita. Apresentava índice de massa corporal de 19.2 kg/m² e uma disфонia / rouquidão latente, que desvalorizou. Quando questionada sobre a disфонia referiu que teria começado entre

junho a setembro de 2020. Foi avaliada como apta para o trabalho no internamento.

Foi requisitado estudo analítico à função tiroideia, cujo resultado foi normal. A ecografia cervical revelou vários focos ecogénicos com microcalcificações no lobo direito da tiroide e adenopatia de 11 mm. A análise da biópsia confirmou a presença de carcinoma papilar.

Em abril de 2021 realizou tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar cervical e foi orientada para consulta de grupo de Patologia Endócrina (que mantém seguimento no momento presente) e decidido iniciar iodo radioativo.

Em seguida, voltou a ser reavaliada na Saúde Ocupacional, referindo que embora não realizasse trabalho noturno no seu local de trabalho, atendendo ao contexto pandémico poderia ser realocada para outro posto em que estivesse sujeita a essa tipologia de trabalho. Foi revista a aptidão para o trabalho com a recomendação para a evicção de trabalho noturno.

Conclusão: As reações adversas notificadas com maior frequência, relacionadas com a vacina COVID-19 enquadram-se no perfil reatogénico comum de qualquer vacina, que inclui reações locais após a injeção ou reações sistémicas como pirexia, cefaleias ou mialgias.

No que diz respeito ao trabalho por turnos, sabe-se que a disrupção do ciclo circadiano pode aumentar o risco de desenvolvimento de nódulos tiroideus e que este se associa a aumento dos valores de TSH.

Como ainda decorre o tratamento com iodo radioativo e ainda persiste o seguimento em consulta de grupo, foi decidida a evicção de trabalho noturno, pelo menos até a estabilização da doença.

A pertinência deste caso clínico surge com o objetivo de alertar para a desvalorização das queixas após a toma de vacinas, que se na maioria das vezes são uma consequência clara da vacina, podem em raros casos ser o resultado de uma doença base muito mais grave.

Para além disso, importa ressaltar a importância da vigilância da saúde por parte da Medicina do Trabalho, com impacto fundamental no diagnóstico e orientação de diversas patologias, assim com a readaptação do posto de trabalho para o indivíduo.

CO 10

PEDIDO DE UROCULTURA – AUDITORIA DA QUALIDADE DE PRESCRIÇÃO EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Rosário Sargaço Raimundo¹; Helena Isabel Martins Barbosa²
1USF Marquês; 2USF S. Martinho de Pombal

Introdução: As infecções do tracto urinário (ITUs) caracterizam-se por um processo inflamatório de origem, por norma, bacteriana. São situações comuns nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Geralmente, a sua gravidade é ligeira e o tratamento empírico. Contudo, existem situações em que deve ser realizada uma urocultura prévia (UP) ao início do tratamento, para confirmar qual o microorganismo envolvido e a que antibióticos é sensível. Segundo a norma 015/2011 da DGS, este procedimento deve-se aplicar na criança, no homem, na grávida, nos casos de pielonefrite e em cistites complicadas/recidivantes na mulher adulta não grávida. O pedido de UP nestas situações diminuiu o risco de diagnósticos errados, possíveis complicações e resistências bacterianas e o atraso do início de um tratamento eficaz, inclusive quando se inicia uma terapêutica empírica que não se traduz na melhoria clínica do doente.

Objetivo: Auditar a qualidade do pedido de UP em duas Unidades de Saúde Familiar (USF), segundo a norma 015/2011 da DGS.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, analítico com amostra não aleatória. Foram incluídos utentes com registo de episódio U70 (Pielonefrite) ou U71 (Cistite/Infecção urinária outra) no SClínico[®], entre os meses de Setembro e Novembro de 2021 (inclusive), com Médico de Família (MF) numa das duas unidades em estudo, com pelo menos um dos critérios suprarreferidos para o pedido de UP. Foram considerados cumpridores se: pedido de urocultura no SClínico[®] no dia do episódio (desde de que sem indicação escrita para realizar exame após terapêutica, nomeadamente uroculturas de controlo); não pedida UP mas justificação da decisão pelo Médico no registo; registo de recusa pelo utente. Os dados foram recolhidos em Dezembro de 2021, utilizando as plataformas MIM@uf[®] e SClínico[®], e foram tratados em Excel[®]2019

Resultados e conclusões: Dos iniciais 172 utentes com codificação U70 ou U71 entre Setembro e Novembro de 2021, excluíram-se 95 (55.23%) que não tinham indicação para UP. Dos restantes 77 utentes, 23 (29.87%) eram homens, 19 (24.68%) apresentavam ITU de repetição, 16 (20.78%) ITU complicada (nomeadamente falência da terapêutica inicial), 10 (12.99%) tinham o diagnóstico de pielonefrite, 6 (7.79%) eram crianças e 3 (3.9%) correspondiam a mulheres grávidas. Destes, foram considerados cumpridores 64 (83.12%), sendo que a UP não foi pedida apenas em 13 casos (16.88%). Assim sendo, pode-se concluir que, de uma forma geral, está a ser realizada uma boa prática nas unidades em questão. O facto das ITUs serem situações frequentes com a quais os MF têm bastante contacto pode ser uma das explicações para a aplicação de boas práticas. Contudo, sendo que o resultado não foi unanimemente positivo e, pelas características destes utentes, ser importante pedir UP para evitar complicações, consideramos que é possível melhorar. Desta forma, pretendemos realizar uma sessão com a apresentação da norma 015/2011 da DGS, em ambas as unidades, com foco nas indicações para o pedido de UP. Esta sessão será realizada durante o mês de Janeiro de 2022 e será feita uma reavaliação do pedido de UP no mês de Maio, incluindo os episódios observados entre Fevereiro e Abril de 2022.

CO 13

CRIAÇÃO DE UMA CONSULTA DE SAÚDE SEXUAL

Francisco Ferreira e Silva¹; Cristiana Antunes¹; Filipe Bacalhau¹; Mariana Figueiredo¹; Miguel Sousa e Silva¹; Luís Filipe Eusébio¹; Maria José Borrego²; Cristina Correia²; Suza Almeida²

¹USF Amora Saudável, ACES Almada-Seixal; ²Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)

Introdução: As infeções sexualmente transmissíveis (IST) são um problema major de saúde pública. São frequentemente assintomáticas, o que aumenta o risco de complicações e de transmissão na comunidade. Oferecer e promover o rastreio é essencial para detetar e tratar os indivíduos que, de outra forma, seriam tardiamente diagnosticados. Rastrear rotineiramente todos os indivíduos para todas as IST não é custo-efetivo, pelo que é vantajoso direccionar o rastreio para grupos de risco específicos. De forma a prevenir as complicações e transmissão de IST na comunidade é importante a existência de uma consulta em que seja possível realizar a pesquisa gratuita destas infeções.

Objetivo: O objetivo desta consulta é promover educação sexual, ensino de práticas sexuais mais seguras, rastreio, diagnóstico e tratamento de IST e referenciação para a consulta de profilaxia pré-exposição (PrEP). Este trabalho pretende mostrar a importância deste tipo de consulta nos Cuidados de Saúde Primários.

Materiais e métodos: A consulta foi denominada Consulta de Saúde Sexual e organizada por um interno de formação específica de 4º ano de Medicina Geral e Familiar, sob orientação do seu orientador, com o apoio de 3 internos da mesma unidade. Foi feito um acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) para o fornecimento de material e transporte e análise de amostras de forma gratuita para o utente. Foram definidos critérios de

referenciação e população-alvo. Foi disponibilizada 1 hora por dia em regime de consulta aberta e 4 horas semanais para consulta programada e rastreios. A referenciação para a consulta foi feita através de e-mail ou diretamente no secretariado. As amostras para pesquisa de *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG), *Trichomonas vaginalis* (TV), *Treponema pallidum* (TP) e *Vírus Herpes Simplex* (VHS) 1 e 2 são colhidas na consulta e enviadas para o INSA enquanto que para as serologias de sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Hepatite A (VHA), Hepatite B (VHB) e Hepatite C (VHC) é emitida uma credencial para realizar em laboratórios convencionados.

Estudo observacional retrospectivo, transversal e descritivo dos utentes observados na consulta de Saúde Sexual da USF Amora Saudável, entre Junho e Dezembro de 2021. Os dados foram recolhidos do SClinico® e analisados com o Microsoft Office Excel®.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 160 consultas, com uma média de idade de 33.6 anos (máx: 79 e mín: 17), sendo que 57.5% eram mulheres. Das pessoas atendidas, 5.6% eram grávidas, 6.3% mulheres com rastreio do cancro do útero positivo, 10.6% homens que têm sexo com homens (HSH), 15.6% população jovem (15-24 anos), 31.9% migrantes e 30.6% população geral. Os motivos que trouxeram os utentes à consulta foram sinais/sintomas de IST (52.5%), rastreio (41.3%), teste rápido reativo (3.8%) ou parceiro(s) com diagnóstico de IST (2.5%). Dos utentes atendidos, 8 já faziam PrEP e 5 teriam indicação para fazer PrEP, sendo que 4 foram referenciados à consulta de PrEP. Foram feitas 157 pesquisas de NG/CT genital, 20 de NG/CT oral e 12 de NG/CT anal, 4 de TP, 4 pesquisas de VHS 1 e 2 e foram pedidas 29 serologias para sífilis, 23 serologias para VIH, 15 serologias para VHB, 4 serologias para VHA e 23 serologias de VHC.

Foram diagnosticadas 16 CT genital, 1 CT oral, 6 NG genital, 6 TV, 6 sífilis latente indeterminada, 1 sífilis latente recente, 1 caso de VIH, 1 MG genital, 2 HSV genital, 3 condilomas, 1 vaginose bacteriana e 1 VHS oral. De salientar que, dos diagnósticos realizados, 6 foram feitos em pessoas assintomáticas (5 CT e 1 sífilis latente recente), evidenciando a importância do rastreio. Foram feitas 28 notificações na plataforma SINAVE®.

Estes resultados obtidos vêm comprovar a pertinência de realizar rastreios de IST, de acordo com as suas práticas sexuais, e a importância dos cuidados de saúde primários poderem oferecer estes serviços aos seus utentes de forma gratuita.

E-Posters

PD 01

“DR. TENHO DIABETES GESTACIONAL E AGORA? VOU PRECISAR DE INSULINA?”

José Filipe Morim de Sá Moreira¹; José Pedro Vieira¹; Madalena Santos¹

¹UCSP MIRA

Enquadramento: A incidência de Diabetes Gestacional (DG) em gestantes com excesso de peso é três vezes superior que à da população geral. São vários os fatores de risco para a DG, para além da obesidade, nomeadamente, o aumento do perímetro abdominal, gestação tardia (> 40 anos), história familiar de Diabetes, gestação anterior com HTA, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, história de Síndrome de Ovário Policístico (SOP), entre outros. O diagnóstico da Diabetes Gestacional envolve duas fases temporais distintas: glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal, sendo esta ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL e a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) às 24-28 semanas de gestação, mediante três determinações, sendo estabelecido o diagnóstico caso haja presença de um destes valores glicémicos ≥ 92 mg/dL em jejum ou após 1 hora ≥ 180 mg/dL ou após 2 horas ≥ 153 mg/dL.

Descrição do caso: Mulher de 42 anos, Professora de Ensino Secundário, a destacar nos antecedentes pessoais a Espondilite Anquilosante (EA), Hérnia Discal L4-L5 e Obesidade classe I (IMC 30.1 Kg/m²). Refere PNV atualizado, sem alergias conhecidas, tendo realizado a citologia cervical em 09/2020 com o resultado de NILM. Nos antecedentes familiares destacar a HTA, EA e Fibromialgia da mãe. Em relação aos antecedentes obstétricos trata-se de uma grávida com 3Gesta, 2Para (Partos eutócicos, 2011 e 2014 com 3075 gr e 3335 gr respetivamente, ambos saudáveis). As rotinas laboratoriais do 1ºT e rastreio combinado e as Ecografias do 1ºT e 2ºT não revelaram alterações. Referenciada à consulta de Medicina Materno-Fetal por Diabetes Gestacional detetada nas rotinas do 2º Trimestre realizadas às 25 semanas com PTGO à 1h de 184 mg/dL, tendo iniciado medidas não farmacológicas com dieta e prática de exercício físico com bom controlo glicémico (registos glicémicos em jejum < 95 mg/dL e após refeições < 140 mg/dL).

Discussão: A DG é um tipo de Diabetes que surge durante a gravidez e que costuma desaparecer após o parto. Sendo, habitualmente, um quadro silencioso, é fundamental realizar o rastreio laboratorial durante a gestação, devido aos seus potenciais riscos tanto para a grávida como para o RN, tal como o aumento do risco de macrosomia fetal, hipoglicemia, icterícia ou morte fetal. Dado o risco aumentado de

desenvolver Diabetes mellitus no futuro, as gestantes com DG deverão realizar entre as 6 a 8 semanas após o parto, uma PTGO com sobrecarga de 75 g de glicose com duas determinações: às 0 e às 2 horas, sendo a prova negativa quando os valores de glicemia em jejum forem < 110 mg/dL e < 140 mg/dL às 2 horas após a sobrecarga de glicose e determinação anual da glicemia em jejum. Em suma, pretendo realçar a realidade epidemiológica das grávidas e a relação da DG com a idade materna avançada e o excesso de peso.

PD 03

ALTERAÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA: A CHAVE PARA O SUCESSO TERAPÊUTICO NA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Daniela Filipa Lima Oliveira¹; Maria Helena Pereira Viana Duarte¹; João Pedro de Carvalho Pinto Neto¹; Marta Matias Costa¹

¹USF Montemuro

Introdução: A Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma patologia crónica que se encontra associada, na maioria dos casos, a obesidade, hipertensão arterial e/ou dislipidemia. É um dos mais importantes problemas de saúde pública, traduzindo-se numa elevada morbi-mortalidade, sendo a doença cardiovascular aterosclerótica a principal causa de morte em doentes com DM2. O tratamento e o prognóstico da doença dependem não só da terapêutica farmacológica, mas sobretudo das mudanças nos estilos de vida. Uma dieta saudável e a prática regular de exercício físico permitem um melhor controlo glicémico sem que seja necessária uma terapêutica farmacológica tão intensiva e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida do doente.

Descrição: doente do sexo masculino, 55 anos, inserido numa família nuclear. Emigrante na Suíça durante 10 anos, tendo regressado há cerca de 2 semanas a Portugal. Sem antecedentes pessoais relevantes. Nega medicação habitual. Recorreu a uma consulta na Unidade de Saúde Familiar com queixas de polidipsia e poliúria, com evolução de dois dias, sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo não foram detetadas alterações relevantes (TA: 137/82 mmHg; IMC: 27,8 kg/m²), no entanto apresentava uma glicemia capilar de 423 mg/dL. Quando questionado, negou hábitos tabágicos e/ou alcoólicos, mas referiu consumo excessivo de alimentos ricos em açúcares e admitiu não praticar exercício físico. Foi requisitado controlo analítico e, como plano terapêutico, prescreveu-se metformina 500 mg, duas vezes por dia, e abordou-se a importância da adoção de um estilo de vida saudável, nomeadamente uma mudança nos hábitos alimentares, com diminuição do consumo de hidratos de carbono e gorduras saturadas,

aumento do consumo de fibras e início de atividade física aeróbia diária de intensidade moderada, com uma duração mínima de 30 minutos. Após alguns dias, o estudo analítico revelou uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,9%, pelo que se optou por aumentar a dose de metformina para 1000 mg, duas vezes por dia, e reforçar a pertinência das medidas não farmacológicas no controlo glicémico. Dois meses depois, o valor de HbA1c era de 6,4%. Quando questionado sobre as alterações de estilos de vida, o utente referiu que iniciou atividade física regular, frequentando um ginásio, e diminuiu substancialmente o consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras saturadas, o que resultou numa perda ponderal de 3kg (IMC: 26,8 kg/m²). Manteve-se, assim, a terapêutica farmacológica e insistiu-se na importância de manutenção das restantes medidas não farmacológicas.

Conclusão: Perante um diagnóstico de DM2, é fundamental informar e ensinar o doente sobre todos os aspetos desta patologia, contribuindo para um aumento da literacia em saúde e para a capacitação na gestão da sua doença. Este caso demonstra a elevada importância que a terapêutica não farmacológica tem na abordagem da DM2. Trata-se de uma doença multifatorial que, quando não controlada, apresenta múltiplas comorbilidades que influenciam negativamente a qualidade de vida do doente. É, assim, crucial que o Médico de Família detenha conhecimento sobre terapêutica não farmacológica, nomeadamente nutrição e exercício físico, de forma a motivar e capacitar o doente, melhorando o controlo e o prognóstico da sua doença. Além disso, o investimento nas medidas não farmacológicas significa, também, racionalizar custos a nível dos cuidados de saúde, um aspeto muito relevante na eficiência da gestão da saúde.

PD 04

THE BIGGEST LOSER – IATROGENIA DE "PESO"

M^a Carolina Lopes¹; Filipa Brazão¹; Carina Rodrigues²;

M^a Inês Lopes¹; Zaida Alves¹

¹UCSP de Santiago do Cacém; ²UCSP de Sines

Introdução: A obesidade, um dos principais problemas de saúde pública, é uma das doenças crónicas mais presentes no dia-a-dia de um Médico de Família. 35% da população adulta portuguesa tem excesso de peso e 14,4% obesidade. Constitui, portanto, uma ameaça grave para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, como a Diabetes mellitus tipo 2. As medidas de mudança de estilo de vida deverão estar sempre na base do acompanhamento destes utentes podendo necessitar do auxílio de um tratamento medicamentoso.

Descrição: Utente masculino de 33 anos de idade, solteiro e fotógrafo, diagnosticado com Obesidade grau III (IMC:46kg/m²) e Diabetes mellitus tipo 2 (HGB A1C: 9,2%) em consulta de rotina. Com o utente altamente motivado para a perda ponderal e para a realização de um estilo de vida mais saudável decidimos realizar um acompanhamento apertado nos meses seguintes com elaboração de um plano de treino, um plano alimentar rigoroso e iniciada terapêutica com Metformina. Após 3 meses decorridos obtivemos uma perda ponderal de 10kgs com redução do IMC de 46kg/m² -> 43.6kg/m² e redução da HGB A1C de 9,2% -> 6.5%.

Até este momento tudo parecia estar a decorrer bem até ao utente referir que desde que iniciou terapêutica com Metformina, esta lhe estava a causar grande impacto na qualidade de vida com cólicas abdominais e dejeções diarreicas. Começamos por uma alteração da medicação para Empaglifozina pelo seu potencial efeito redutor do peso corporal, mas o utente voltou pouco tempo depois à consulta para reportar balanites de repetição, fimose e consequentemente impacto na função sexual. Novamente suspendeu-se a terapêutica e foi prescrita nova medicação, desta vez Liraglutido + Fluoxetina, mas que o utente acabou por suspender ao fim de alguns meses por efeito transitório no apetite. Decidimos experimentar a terapêutica semanal injetável com Dulaglutido e esta também acabou por se demonstrar sem qualquer benefício ao nível da perda ponderal pelo que o utente também acabou por abandonar esta terapêutica. Optou-se por iniciar o tratamento com Pioglitazona, que mantém até à data, com controlo glicémico razoável, mas sem grande benefício no que diz respeito à perda de peso desejada. Foi ainda proposta terapêutica combinada Bupropiona/Naltrexona, no entanto o utente não aceitou por motivos económicos. Recusou também acompanhamento hospitalar multidisciplinar e propostas para redução de peso não farmacológicas como bypass gástrico. Não tivemos outra alternativa se não voltar ao início - treinar a motivação, o foco e a disciplina. Um mês depois, voltou à consulta com uma perda ponderal de mais de 3kgs e altamente motivado para continuar com este plano rigoroso.

Conclusão: Este caso retrata o percurso de um utente que até à data só tinha "perdido". Perdeu qualidade de vida, perdeu motivação, perdeu função sexual, perdeu funcionamento psicossocial e bem-estar físico, tornando-se num autêntico *the biggest loser* no verdadeiro sentido da palavra. Fez-nos duvidar se algo mais havia a fazer ou se tínhamos chegado ao final da linha. Apesar de todos os contratempos, não desistimos. Parámos, pensámos e voltamos ao início. Focamo-nos no objetivo primário do tratamento – a motivação para as mudanças do estilo de vida.

O papel do Médico de Família é encontrar o melhor tratamento possível adaptado a cada utente, com o maior efeito e a menor iatrogenia, alertando sempre sobre os riscos e benefícios do tratamento e orientando quanto às interações possíveis e efeitos secundários dos fármacos. No entanto, um acompanhamento mais de perto é fundamental nestes pacientes, pois além da oportunidade de educação sanitária, vamos verificando se a terapêutica está sendo bem aderida, eficaz e segura. Acima de tudo devemos manter uma relação de proximidade promovendo a confiança e fomentando a motivação que estes utentes tanto necessitam.

PD 05

“DOUTORA, ESTE SINAL ESTÁ DIFERENTE!”

Ana Cristina Azenha da Silva Lucas¹

¹USF Buarcos

Introdução: O melanoma resulta da transformação maligna dos melanócitos, as células produtoras de melanina responsáveis pela coloração da pele. Pode surgir sobre sinais pré-existentes (nevus pigmentados) que sofrem alterações da cor, tamanho ou bordos, ou como um sinal novo em pele aparentemente sã. Localiza-se em qualquer parte do corpo, mais na face, tronco e pernas, ou nas mucosas como boca, recto e olhos. Habitualmente afecta indivíduos mais jovens que os outros cancros de pele e parece estar mais associado à exposição solar intermitente e aguda, muitas vezes acompanhada de queimaduras solares, o típico escaldão.

Descrição: Mulher de 71 anos, reformada, casada e com antecedentes pessoais de obesidade, diabetes tipo 2, dislipidemia, ansiedade e diverticulose cólica. Como antecedentes cirúrgicos, tem hemicolecomia esquerda por adenocarcinoma do cólon realizada há 20 anos, mantendo seguimentos regulares em consulta de cirurgia. A medicação habitual da utente é a seguinte: amissulprida 50 mg id, sitagliptina 100 mg id, gliclazida 60 mg id, empagliflozina 25 mg id, atorvastatina 20 mg id, buspirona 10 mg ½ e clobazam 10 mg à noite. Em Julho de 2021 veio a consulta aberta (CA) por ter notado recentemente alteração na consistência/textura de nevo antigo localizado na região posterior da coxa esquerda. Ao exame objectivo apresentava lesão nodular ulcerada sobre nevo melanocítico, de 1,5 cm, de bordo irregular e com sinais inflamatórios. Foi feito pedido de consulta urgente de Dermatologia para o hospital de referência. Cinco semanas mais tarde a utente vem a CA por infecção de sutura na face posterior da coxa esquerda, em sequência de excisão completa da lesão, realizada em consulta de cirurgia onde era seguida. O diagnóstico anátomo-patológico foi de melanoma nodular com uma espessura máxima de 15 mm, ulcerado, com uma actividade

mitótica de 4 mitoses/mm², com ausência de permeação vascular ou de neurotropismo. Em Outubro de 2021 foi submetida a excisão de recidiva e realizou estudo ecográfico por adenopatia inguinal. Em janeiro de 2022, no Instituto Português de Oncologia da área de residência, confirmou-se a presença de metástase ganglionar por citopunção guiada por ecografia e mais recentemente, já durante o mês de Fevereiro, realizou esvaziamento inguinal e excisão larga de recidiva local.

Conclusão: Todos os anos surgem em Portugal cerca de 1000 novos casos de melanoma. Trata-se do tipo de cancro da pele mais agressivo e um dos tumores malignos mais agressivos. O melanoma nodular representa cerca de 15 a 30% dos melanomas. O diagnóstico precoce deste tipo de lesões é fundamental para o sucesso do tratamento, e para tal, é importante alertar o utente para os sinais de alarme de melanoma, como o aparecimento recente de um sinal de cor negra até então inexistente ou a modificação de um sinal já existente (regra do ABCD – assimetria da lesão, bordo irregular e esfumado nalgumas áreas, cor heterogénea e dimensão superior a 6 mm).

PD 06

EFEITOS ADVERSOS DA VACINAÇÃO CONTRA COVID19 (COMINARTY®) EM TRABALHADORES DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO

Diana Rocha¹; Carlos Ochoa Leite¹; Ana Inês Vasques¹; João Bento¹; Luís Rocha¹

¹Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: Há mais de um ano que a pandemia por COVID-19 se tornou numa catástrofe global. Almejávamos a chegada de uma vacina como meio de prevenção - o que aconteceu com autorização da vacina da Pfizer® (COMINARTY®). Contudo, por se tratar de uma vacina pioneira no uso de mRNA suscitou incerteza e preocupação acerca de possíveis efeitos adversos graves e permanentes após inoculação. A necessidade da adição da terceira dose ao esquema vacinal suscitou dúvidas sobre o potencial aparecimento de efeitos adversos com maior frequência/gravidade comparativamente à primeira/segunda inoculação.

Objetivos: Avaliar a prevalência e tipologia dos efeitos adversos da vacinação contra COVID19 (COMINARTY®) nos trabalhadores do Instituto Português de Oncologia do Porto, verificando se é coincidente entre a primeira/segunda dose e a dose reforço.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional, realizado entre 28 de Dezembro de 2020 e 25 de Novembro de 2022 no Instituto Português de Oncologia do Porto. Todos os trabalhadores incluídos foram inoculados

com pelo menos uma dose da vacina COMINARTY® e reportaram efeito(s) adverso(s). A informação sobre os efeitos adversos foi vinculada telefonicamente pelos trabalhadores para a linha do Gabinete de Medicina do Trabalho. Este estudo foi realizado em dois períodos. No primeiro período (de 28 de Dezembro de 2020 e 18 de Fevereiro de 2021) avaliámos os efeitos adversos da primeira/segunda inoculação e no segundo período (de 22 a 25 de Novembro de 2021) os efeitos adversos após a dose de reforço vacinal.

Resultados e conclusões: Durante o primeiro período foram administradas 3311 doses de vacina COMINARTY® e no final deste, 1681 trabalhadores tinham pelo menos uma inoculação da vacina. Desses, 246 trabalhadores (14%) reportaram efeitos adversos. Quanto à tipologia, os efeitos adversos mais reportados foram as mialgias (23%), seguido da febre (15%) e cefaleias (14%). Restantes sintomas reportados (por ordem decrescente de prevalência): astenia; dor no local da inoculação; adenomegalias; arrepios de frio; artralgias; sintomas digestivos; parestesias; temperatura subfebril; taquicardia e tosse. Ocorrência de casos únicos: descolamento da retina e paralisia do nervo facial. Durante o segundo período (22 a 25 de Novembro) foram administradas doses de reforço da vacina COMINARTY® a 1385 trabalhadores. Desses, 105 trabalhadores (7,6%) reportaram efeitos adversos. Quanto à tipologia, os efeitos adversos mais reportados foram as mialgias (24%), seguido da febre (15%) e cefaleias (12%). Restantes sintomas reportados (por ordem decrescente de prevalência): adenomegalias; arrepios de frio; astenia; dor no local da inoculação; artralgias; sintomas digestivos; palpitações e alterações do olfato/paladar. Ocorrência de casos únicos: fenómeno de Raynaud e edema palpebral. Verificamos, então que os efeitos adversos reportados pelos trabalhadores diferem dos dados divulgados no resumo das características do medicamento da vacina na sua prevalência. O mesmo pode dever-se a uma subnotificação do efeito adverso mais prevalente no resumo – dor no local da injeção – por ser um efeito comum com a administração de outras vacinas. Já a inexistência de reações adversas graves (anafilaxia, p.e.) justificada por um tamanho de amostra insuficiente. O reporte de parestesias e taquicardia aquando da primeira/segunda inoculação (que não aconteceu aquando da dose reforço) pode ter sido motivado pela ansiedade provocada pela inoculação de uma vacina pioneira no uso de mRNA. Relativamente à na sua tipologia, os efeitos adversos mais reportados quase não diferiram entre a primeira/segunda inoculação e a dose de reforço. Quando à prevalência, foram menos frequentes após a dose reforço do que aquando da inoculação do esquema vacinal primário.

Concluimos que os dados obtidos a partir deste estudo são a favor da desmistificação do receio acerca de possíveis efeitos adversos mais frequentes/graves após a dose de reforço.

PD 07

OBESIDADE E EXCESSO DE PESO MATERNOS

Pedro Lopes¹; Daniela Correia²

¹USP Baixo Vouga; ²UCSP Vagos II

Introdução: Ao longo das últimas décadas, o excesso de peso e obesidade têm aumento sem demonstrar sinais de abrandamento. Para além de serem um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis, estes estados podem provocar complicações adicionais em mulheres grávidas e, consequentemente, nos seus filhos. Na verdade, a maioria das crianças com elevados valores de IMC, mantê-lo-ão na vida adulta, criando-se assim um perigoso ciclo vicioso.

Objetivos: O principal objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência de obesidade e excesso de peso maternos, na área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, no ano de 2018.

Material e métodos: Foi conduzido um estudo observacional, transversal. A população estudada englobou as mulheres grávidas de um feto em 2018, vigiadas em Unidades Funcionais do ACES Baixo Vouga, com registo de peso e altura e que não tenham realizado interrupção voluntária da gravidez.

Resultados e conclusões: Entre as 2020 participantes, a prevalência de excesso de peso/obesidade foi de 41,9%. O excesso de peso e obesidade pré-gestacional estão associadas a um aumento da morbilidade materno-fetal, mas, sendo estes estados preveníveis e tratáveis, é imperativo que se desenvolvam políticas para travar este reconhecido problema de Saúde Pública.

PD 08

A AVALIAÇÃO HINTS NA VERTIGEM AGUDA

Mariana Neves¹; Ana Rita Rodrigues²; Ana Filipa Baptista³; Davide Reis⁴; Maria Leonor Bilreiro²; Olga Silva²; Margarida Martins²
¹USF Baesuris Altura - ACES Sotavento; ²USF Descobrimentos - ACES Barlavento; ³USF Gilão - ACES Sotavento; ⁴UCSP Portimão - ACES Barlavento

Introdução: Tal como sabemos, a patologia do ouvido interno pode-se manifestar na forma de tonturas e vertigem num terço dos casos. No entanto, estes sintomas não são exclusivos da área de otorrinolaringologia: podemos também estar na presença de um AVC, ingestão medicamentosa e drogas de abuso, isquemia da fossa posterior, hemorragia subdural, entre outros.

Focando-nos na vertigem posicional paroxística benigna, o seu incorreto diagnóstico acarreta cargas económicas desnecessárias para os cuidados de saúde e a impossibilidade de fazer a correta orientação e tratamento nos casos de VPPB. Pelo contrário, assumir a causa vestibular benigna provoca aumento significativo da morbimortalidade

Se o paciente procurar o especialista passados alguns meses, os seus sintomas, longe de melhorar, estarão mais exacerbados, interferindo na sua qualidade de vida e podendo levar a outros problemas como a ansiedade, cronicidade dos sintomas (como tonturas persistentes ou hipotensão postural).

Nesta revisão, procura-se salientar a importância de um correto diagnóstico, quer a nível dos cuidados de saúde primários quer a nível hospital da vertigem aguda, de forma a orientar o seu correto tratamento e evitar a perda de qualidade de vida dos doentes se fossem incorretamente diagnosticados, utilizando um protocolo pouco dispendioso mas com grandes vantagens no diagnóstico diferencial, como é o protocolo de HINTS.

Objetivo: A avaliação HINTS (constituída pelas etapas de *Head Impulse*, *Nistagmo*, *Test de Skew*) tem o objetivo de aprimorar a correta diferenciação entre AVC e disfunção vestibular periférica, com uma maior sensibilidade até que as técnicas de diagnóstico imagiológicas como a ressonância magnética, associando menos gastos.

Material e métodos: Pensamos num AVC se reunir os seguintes fatores: o *Head Impulse for normal*, o nistagmo mudar de direção com a fixação do olhar (neste caso, estaríamos na presença duma causa central) dado que se pelo contrário se mantivesse fixo com o olhar estaríamos perante uma causa periférica ou, por último se os olhos estiverem desalinhados verticalmente durante o *cover/uncover test* = ou seja, o teste de skew positivo.

É necessário avaliar todas as fases do teste de HINTS para

um correto diagnóstico.

Também é importante em conta que o nistagmo é autolimitado com a fixação do olhar, o que um handicap à aplicação do teste de HINTS no caso de pacientes acamados a menos que existem óculos de frenzel estejam disponíveis

Resultados e Conclusão: O protocolo HINTS tem várias vantagens: É um exame sem grandes custos, relativamente fácil de fazer quando o paciente não está acamado Permite a redução do número de pacientes incorretamente diagnosticados como AVCs permitindo uma menor ocupação da cama hospitalares e consequentemente permitindo aos profissionais de saúde oferecer mais cuidados aos seus doentes Permite um maior foco na patologia vestibular do ouvido interno como causa importante da procura de atenção médica a nível hospitalar Diagnóstico precoce reduz o risco da patologia se tornar crónica.

No entanto, sabemos que a implementação deste protocolo nem sempre é fácil, dado que a afluência de utentes no serviço urgência, quer básica quer a nível hospitalar, o que muitas vezes não permite a avaliação do utente por um profissional já treinado nesta área.

Por último, gostaria de salientar as vantagens que uma formação numa patologia bastante frequente como a vertigem posicional paroxística benigna tem para melhorar a triagem dos nossos utentes e permitir uma diferenciação mais precisa entre esta patologia e outras como o acidente vascular cerebral, hemorragia intracraniana ou ingestão de substâncias ilícitas, quer a nível dos cuidados de saúde primários quer a um nível mais diferenciado.

PD 09

CARTA DE CONDUÇÃO: PARA ALÉM DE UM ATESTADO

Ana Catarina Ventura Araújo¹; Ana Isabel Silva¹; Sara Albuquerque¹
¹USF Nova Salus

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais (DPI) são distúrbios heterogêneos que acometem o parênquima pulmonar, tecidos perivasculares e linfáticos. A fibrose pulmonar idiopática é o subtipo mais comum das DPI idiopáticas. Os achados clínicos mais frequentes incluem dispneia de esforço, tosse não produtiva e crepitações pulmonares inspiratórias. O diagnóstico requer realização de TC pulmonar e biópsia para confirmação histológica. Apresenta uma resposta muito precária ao tratamento, com consequente mau prognóstico. Perante enfisema pulmonar simultâneo verifica-se maior necessidade de oxigenoterapia a longo prazo, maior risco de hipertensão pulmonar e prognóstico mais reservado.

Descrição: Apresenta-se o caso de um homem, 89 anos, motorista, com Fibrilhação auricular, HTA e dislipidemia,

medicado, com bom controlo. Em consulta na USF, em maio de 2020, para renovação de carta de condução, detetaram-se crepitações bibasais de novo à auscultação pulmonar. Negava astenia, dispneia, tosse ou outros sintomas. Foi pedido RX tórax que revelou alterações, tendo sido requisitado TC torácico para melhor caracterização das mesmas. O TC revelou fibrose pulmonar intersticial, mais acentuada nas regiões basais, onde esboçava destruição do parênquima em padrão "favo de mel" e ligeiro enfisema pulmonar sobretudo nos lobos superiores. Foi pedida espirometria que revelou padrão restritivo. Foi referenciado a consulta de Pneumologia onde foi avaliado em março de 2021 e, após exclusão de outras patologias, atribuído o diagnóstico de Fibrose Pulmonar Idiopática e medicado com terapêutica específica.

Conclusão: O pedido de atestado médico para carta de condução é um motivo frequente na consulta de Medicina Geral e Familiar. Para a sua emissão é necessário avaliar o utente presencialmente de modo a averiguar várias condições que possam interferir com a condução, a fim de aferir se o mesmo cumpre os requisitos exigidos, em termos de aptidão física e mental. A emissão de um atestado médico não deve representar uma tarefa meramente burocrática, mas sim uma oportunidade para avaliar o estado geral de saúde do utente. Ao ser realizada com toda a atenção que seria dispensada numa outra tipologia de consulta permite ao médico um contacto completo com o utente, representando por isso mais uma ocasião para a deteção de alguma situação/doença que beneficie de intervenção precoce e eficaz.

PD 10

UM CASO DE NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA NA HIPERTRIGLICERIDEMIA – QUANDO ENCONTRAMOS O DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sara Alexandra de Oliveira Ferreira Rodrigues¹; Fábio Daniel Gouveia Abreu²; Joana Rita Andrade Gloria³; Leonor Jota Pereira Cabral Amaral⁴; Luis Miguel Andre Monteiro¹
¹USF Esqueira +; ²USF Atlântico Norte; ³USF Moliceiro; ⁴USF Santa Joana

Introdução: A pancreatite aguda é um distúrbio comum e uma preocupação importante nos cuidados da saúde primários e secundários. A inflamação aguda do pâncreas tem como terceiro fator desencadeante a hipertrigliceridemia, logo após a ingestão de álcool e a litíase biliar. São geralmente necessários níveis séricos de triglicédeos (TG) > 1.000 mg/dL para induzir um episódio de pancreatite aguda. O diagnóstico é feito pela apresentação clínica, tipicamente com dor abdominal em cinturão, doseamento da

amilase e lipase séricas e exames imagiológicos. Embora a mortalidade geral da pancreatite aguda seja baixa, a morbidade e mortalidade são significativas nos casos graves.

Descrição: Homem, caucasiano, com 49 anos recorre a consulta de doença aguda na unidade de saúde familiar por quadro de dor abdominal localizada sobretudo nos quadrantes superiores, com irradiação em cinturão, náuseas, vômitos pós-prandiais e sensação de enfartamento com 24h de evolução. Com febre. Ao exame objetivo, pirético (39,1°C axilar), hipertenso e taquicárdico com abdómen globoso, distendido, pouco depressível e doloroso à palpação difusa, principalmente no epigastro e hipocôndrio direito, com defesa, mas sem sinais de irritação peritoneal. Como antecedentes pessoais de relevo: obesidade, tabagismo (30UMA) e dislipidemia mista. Medicado com pravastatina 40 mg e fenofibrato 160 mg por hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, mas não cumpridor da medicação e ainda, com baixa adesão às medidas não farmacológicas de controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Sem outra medicação e sem alergias conhecidas. Dada a sintomatologia foi colocada como hipótese provável de diagnóstico pancreatite aguda, motivo pelo qual o doente foi referenciado para o serviço de urgência. Realizou tomografia axial abdominal que evidenciou "derrame peripancreático e periesplênico... com densificação da gordura adjacente em relação com acentuadas alterações inflamatórias", e analiticamente apresentava níveis de TG de 2952 mg/dL. Foi diagnosticado com pancreatite aguda grave, com disfunção multiorgânica e cuja etiologia considerada como mais provável foi a hipertrigliceridemia. Cumpriu internamento de 15 dias em unidade de cuidados intensivos, com necessidade de cuidados de suporte: ventilação mecânica invasiva, fluidoterapia, pausa alimentar e sessões de plasmaferese, apresentando evolução clínica e analítica favoráveis.

Conclusão: O presente relato teve como objetivo descrever um caso de pancreatite aguda grave, com múltipla disfunção orgânica e cuja etiologia foi a hipertrigliceridemia. Apesar da gravidade do caso e do seu desfecho final favorável, a ocorrência deste episódio agudo poderia ter sido evitada, se o doente aderisse às medidas terapêuticas de controlo dos níveis de triglicédeos. Ressalvar por isso, o papel essencial dos cuidados de saúde primários como motivadores para controlo de fatores de risco e ainda a necessidade de seguimento posterior pelo médico de família, numa tentativa de evitar episódios de pancreatite recorrentes, promovendo a adesão terapêutica. É por isso importante, reforçar o papel de promoção da saúde e prevenção da doença realizado nos cuidados de saúde primários, que se revela de extrema importância para a capacitação dos doentes

na gestão dos fatores de risco potenciadores de doenças crónicas e/ou agudizações de doença. A abordagem realizada pelo médico de família junto do doente, no sentido de promover a literacia em saúde, instituir, monitorizar e estimular a adesão terapêutica, seja ela não farmacológica ou farmacológica, empoderando o doente para controlar os seus fatores de risco é o fator chave primário para evitar a evolução para situações de doença ou agudizações complicadas. O papel de proximidade exercido pela medicina geral e familiar é ainda fundamental para o acompanhamento a longo prazo, de forma a garantir a adoção de mudanças no estilo de vida e adesão terapêutica, minimizando o risco de recorrência de eventos agudos.

PD 11

NITROFURANTOÍNA, SIM OU NÃO?

Cátia Solis¹; Ana Catarina Nascimento¹; Ana Sofia Monteiro¹

¹USF Coimbra Centro

Enquadramento: Estima-se que ao longo da vida, mais de 50% das mulheres têm pelo menos um episódio de infeção do trato urinário (ITU) e, que cerca de 20 a 30 % das mulheres têm ITUs recorrentes (ITUs). Uma das estratégias para prevenir as ITUs é a profilaxia contínua com antibióticos em baixa dose. Os mais comumente utilizados são: a nitrofurantoína, o sulfametoxazol-trimetropim e algumas quinolonas.

Objetivo: Realçar a importância da revisão da tabela terapêutica.

Relato de caso: Mulher de 70 anos com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, gastrite crónica com metaplasia e ITUs recorre a consulta de agudos do centro de saúde, em abril de 2021, por alterações analíticas e imagiológicas e manutenção do quadro de dispepsia, astenia, anorexia, náuseas e dor abdominal. Os valores enzimáticos hepáticos encontravam-se elevados, o fígado ligeiramente aumentado, apresentava textura heterogénea e aspeto pseudonodular, e aumento do calibre da veia porta. Suspendemos a profilaxia com nitrofurantoína e agendamos nova consulta. Após suspensão, inicia quadro de ITU e, no espaço de 2 meses faz 3 ciclos diferentes de antibioterapia. Verificamos que os valores analíticos tinham diminuído ligeiramente e que a TC abdominal apenas relatava fígado com “contornos polilobulados, hipertrofia do lobo caudado e pobreza vascular traduzindo hepatopatia crónica” e discreta esplenomegalia.

Discussão: Muitos fármacos frequentemente causam elevações nas enzimas hepáticas, como é o caso da nitrofurantoína. Em cooperação com a médica assistente de medicina interna descartamos etiologias patológicas, sendo

a hipótese de iatrogenia por nitrofurantoína a mais provável. Os valores enzimáticos hepáticos melhoraram com a suspensão farmacológica e o estudo etiológico hospitalar apenas destacou doença colestatia crónica e um aumento da ferritina e saturação de transferrina com estudo de hemocromatose negativo.

Conclusão: A iatrogenia causada pela nitrofurantoína parece ser a justificação mais provável para o desenvolvimento da hepatopatia crónica. Apesar da nitrofurantoína ser um bom fármaco para a profilaxia das ITUs é necessária precaução nos casos de toma prolongada.

PD 12

QUANDO UM SIMPLES RASTREIO SE COMPLICA

Cecília Oliveira¹; Manuel A. V. Ferreira²

¹USF São Salvador; ²Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: O rastreio do cancro colorretal é de elevada importância dada a sua alta incidência e mortalidade em Portugal, para tal devem ser prescritos testes imunológicos de pesquisa de sangue oculto nas fezes e quando indicado a colonoscopia (esta última não é completamente isenta de riscos).

A incidência de perfuração cólica durante a colonoscopia é inferior 0,7% nos procedimentos de diagnóstico, podendo atingir os 5% nas colonoscopias terapêuticas.

Para além da manipulação, são considerados fatores de risco para perfuração, comorbidades como DM, DPOC, patologia cardíaca, insuficiência renal, doença hepática e neurológica, sexo feminino e idade. Fatores relacionados com a anatomia cólica como doença diverticular, história de cirurgia abdominal, obstrução e acidentes anatómicos poderão condicionar igualmente perfuração.

Descrição de caso: Doente de sexo feminino, 67anos, com antecedentes de FA hipocoagulada, DM, HTA e angina microvascular realizou endoscopia digestiva alta e baixa em contexto de rastreio oncológico.

A EDA revelou pólipos gástricos diminutos, não removidos e a EDB revelou um lipoma no colon transverso com 15mm e diverticulose sigmoideia.

No dia seguinte iniciou um quadro de epigastralgia, sem sintomas gastrointestinais ou febre associados. Após 2 dias por manutenção dos sintomas, recorreu ao seu médico assistente que prescreveu IBP e analgesia.

Após 14dias, apresentava agravamento das queixas, com dor de intensidade elevada 8/10, fixa no epigastro, sem irradiação, sem outra queixas.

Ao exame objetivo apresentava abdómen globoso, sem sinais inflamatórios superficiais, com tumefação de 10 cm palpável no epigastro, bastante doloroso à palpação.

Foi enviada ao Su onde realizou estudo analítico, ecografia e TC abdominopélvico.

Análiticamente apresentava leucocitose de 11200 e PCR 123mg/L. Os exames de imagem revelaram uma imagem nodular com 74x63mm com áreas quísticas interiores, que infiltra os planos musculares.

Optou-se por estratégia conservadora e internamento da doente. Realizou um esquema de antibioterapia com piperacilina + tazobactam e efetuada drenagem percutânea do abscesso.

Os exames de controlo revelaram uma progressiva melhoria do quadro com resolução da coleção. À data de alta, encontrava-se assintomática com TC revelando um plastron inflamatório profundo ao plano muscular, adjacente ao colon transverso.

Conclusão: Os lipomas do cólon são tumores benignos não epiteliais originados do tecido adiposo que se encontram apenas em 0,2 a 4,4% da população (1,8% das lesões benignas do cólon). São mais comuns na quinta e sexta décadas de vida com maior prevalência nas mulheres.

As manifestações clínicas são variadas, incluindo dor abdominal, hemorragia e obstrução intestinal.

Apesar de não haver descrição de casos de perfuração espontânea associada a lipomas, neste caso particular houve uma manipulação que, associada a uma área de maior fragilidade parietal e, na ausência de outra causa provável, poderá estar na origem da perfuração intestinal ocorrida neste caso.

PD 13

VIRUS VARICELA ZOSTER E HIPOTIROIDISMO: ALGUMA RELAÇÃO?

Andreia Costa Guerreiro¹; Ana Teresa Antunes¹;

Ana Lara Magalhães¹

¹USF Lavradio

Introdução: O Vírus Varicela Zoster (VZV) pertence à família Vírus Herpes Humano Alfa (αHHV), assim como o Herpes Simplex 1 e 2 (HSV). Este vírus causa Varicela numa primeira infeção e numa reativação causa quadro clínico designado por “zona”, que pode ocorrer décadas após primeiro contato com o VZV. Cursa com exantema vesicular doloroso e localizado a um dermatomo. Fatores de stress em indivíduos com mais de 50 anos e imunodeprimidos estão relacionados com o processo de reativação do VZV. Estudos apontam para o facto do HSV ter a sua expressão genética e replicação reguladas por hormonas tiroideias (HT). Pertencendo ambos os vírus à mesma família, seria expectável uma influência das HT também na reativação do VZV. Este caso clínico associa a reativação de VZV em

mulher com hipotiroidismo.

Descrição: Mulher de 56 anos de idade. Antecedentes pessoais relevantes de Hipotiroidismo medicada com Levotiroxina. Vem a consulta de intersubstituição por queixas com 3 dias de evolução de tumefacção occipital à esquerda, descritas como “algo a latejar” e sensação de “queimadura”, com irradiação até ao pavilhão auricular esquerdo e mento. Sem outra sintomatologia associada. No exame objetivo, apresentava lesões de aspecto vesicular com eritema associado na região occipital esquerda. Sem lesões no pavilhão auricular e canal auditivo externo homolateral. A destacar da última avaliação analítica realizada 5 meses antes do início do quadro, alteração dos valores de função tiroideia, com TSH 17.7 µU/mL e T4L 0.7 µg/dL. Cerca de 1 mês prévio ao quadro, função normotiroideia. Atendendo à sintomatologia clínica e aos dados do exame objetivo foi colocado como hipótese diagnóstica mais provável Herpes Zoster com atingimento do dermatomo C2 esquerdo. Iniciou terapêutica dirigida com Valaciclovir 1000 mg, Nimesulida, 100 mg e Pregabalina 75 mg, com melhoria significativa e remissão parcial das lesões cutâneas. Uma semana após o início da terapêutica fez avaliação da função tiroideia, que estava normal.

Conclusão: As HT desempenham um papel importante no sistema imunitário e as suas flutuações são muitas vezes influenciadas pelo stress ambiental e emocional. Essas associações levaram à hipótese de que as HT desempenham um papel na supressão e reativação dos HSV. Tanto os HSV como os VZV são classificados na mesma subfamília de alfa-herpes vírus, embora se saiba que a maioria dos genes do VZV possui características biológicas únicas. Estudos recentes concluem que esta influência das HT não só acontece com os HSV como também pode desempenhar um papel crítico na patogénese da reativação do VZV. Para além disso, existe a possibilidade de várias reativações em contexto de variações constantes dos valores de HT. O caso clínico apresentado trata-se de uma situação de VZV em mulher com hipotiroidismo com oscilações importantes das HT, contudo verificámos que na semana após o diagnóstico apresentava valores mais próximos dos valores de referência. Apesar de ser uma relação possível, segundo a bibliografia existente, serão necessários mais estudos para ajudar a decifrar a complexa fisiopatologia interativa entre estas duas patologias.

PD 15

EFEITO ADVERSO – A CURA NÃO DESEJADA

Volodymyr Sergiyovych Lavriv¹

¹USF Cidade do Lis

Introdução: RG, sexo feminino, 77 anos. Nos antecedentes pessoais apresenta Deslipidémia e Hipertensão Arterial. Medicada habitualmente com AAS, Pitavastatina, Amlodipina, Olmesartan + HCTZ, Magnésio e Alprazolam.

A 5/6/2021 enviada para o Serviço de Urgência do Hospital Santo André por medico do privado, uma vez que tinha diminuição da força dos MIs e parestesias com 2 dias de evolução. Referia desde há 1 semana dores nos MSs e nas omoplatas que associava à toma da vacina para Moderna para COVID 19, que realizou a 10/05/2021.

Após vindas sucessivas ao Centro de Saúde e vários reencontros ao Serviço de Urgência do Hospital Santo André, a utente acabou por ser vista pela Medicina Interna. A TC-CE inicial não mostrava alterações agudas, apresentando apenas leuocarroiose e polisinusopatia inflamatória crónica. A TC cervical mostrava discartroses e redução do calibre ósseo do canal de conjugação C5-C6 à direita, sem conflito radicular foraminal. Apresentava também subluxação anterior degenerativa de C6-C7.

Acabou por ser enviada para Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e vista pela Neurologia, tendo feito punção lombar e tendo sido diagnosticada com Síndrome Guillain-Barré. Iniciou Imunoglobulina intravenosa, tendo mais tarde cumprido cinco tratamentos no total.

Transferida mais tarde para o Serviço de Neurologia do Hospital Santo André, onde apresentava grau 2 de força muscular dos MIs e Grau 3 da força muscular dos MSs. Esfíncteres mantidos, paresia facial direita e sem disfagia. Electromiografia mostrava perturbação da condução motora e ausência das ondas F, confirmando o diagnóstico de polineuropatia motora axonal, moderada nos MSs e moderada a grave nos MIs. Síndrome Guillain-Barré confirmado. Acusa também TPHA positivo, sendo orientada para consulta de DST, cumprindo tratamento com penicilina.

Proposta mais tarde para plasmáfereze por ausência de melhoria evidente e transferida para o Hospital Rovisco Pais, para realização da Reabilitação física. Neste hospital cai, o que resulta em fratura trocantérica direita. Pede para ser operada no Hospital da Figueira da Foz, sendo mais tarde readmitida no Hospital Rovisco Pais para nova reabilitação. Após todo esse período, teve alta, com indicação para reabilitação fisiátrica em ambulatório. Teve alta da dermatologia – DST – por baixo título de VDRL. Companheiro teve de fazer análises. Facto é que a 30/11/2021, vem ao Centro de Saúde a próprio pé, para uma consulta de vigilância da

Hipertensão Arterial, com a ajuda de um andariço.

Discussão: Síndrome de Guillain-Barré é uma poliradiculoneuropatia inflamatória aguda que resulta em fraqueza muscular e diminuição dos reflexos. A apresentação clássica consiste numa neuropatia desmielinizante com fraqueza muscular ascendente - porém existem outras variantes. Surge 2 a 4 semanas após doença respiratória ou gastro-intestinal. Neste caso surgiu após a vacina para a doença COVID 19. Inicia-se, habitualmente, com disestesias dos dedos, seguida de fraqueza proximal dos MIs. Progredir para os braços, músculos do tronco e nervos cranianos, assim como músculos respiratórios. A dor associada pode ser descrita como latejante e ocorre ao nível da cintura escapular, dorso, nádegas e coxas. Em um terço dos doentes ocorre falência ventilatória. Muitas das vezes é uma doença pós-infecciosa, imunomediada, com anticorpos com reação cruzada com glicolipídios GM1 e GD 1b, presentes na mielina. Associado a infecções por *Campylobacter jejuni* – agente mais frequente, CMV – segundo agente mais comum e COVID 19 – agente associado com alguma evidência. Pode ocorrer após vacina anti-Influenza.

Conclusão: É magnífico ver, como um caso tão complicado e com várias complicações que ocorreram, teve um desfecho positivo, dado o esforço de cada profissional.

A Vacina Anti-COVID 19, por outro lado, não é isenta de riscos, como já se percebeu com clareza.

PD 16

COMER, BEBER, CAMINHAR – UMA VIAGEM EPIDEMIOLÓGICA PELA ROTA VICENTINA

Carina Rodrigues¹; Ana Oliveira²; Kristine Sica¹; Filipa Diaz²; Marcelo Silva³; Kristina Rabcheva¹; Isabel Taveira⁴

¹Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sines; ²Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Alcácer do Sal; ³Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas do Algarve; ⁴Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Polo Portimão

Introdução: A adoção de um Estilo de Vida Saudável por parte do indivíduo, família e comunidade, é essencial enquanto atitude preventiva no que diz respeito à saúde. Portugal é um país com elevado índice de inatividade física e atualmente com perda de valores referentes à alimentação tradicional de índole mediterrânica.

Objetivos: Descrever brevemente os hábitos alimentares, de atividade física e consumos (álcool e tabaco) dos cidadãos adultos do Alentejo Litoral, tal como descrever quais as medidas promotoras de saúde que estes reconhecem como adotadas.

Material e métodos: Estudo observacional realizado com recurso a inquérito anónimo, distribuído nas salas de espera dos Centros de Saúde de 5 concelhos do Alentejo Litoral.

Os inquéritos, foram disponibilizados para resposta voluntária, por parte de todos os utentes adultos. O estudo decorreu no friso cronológico de julho a setembro 2021. A análise estatística foi feita com recurso ao programa SPSS v26.

Resultados e conclusões: Obtiveram-se no total dos 5 concelhos 2004 inquéritos, 39,9% eram do género masculino e 60,1% do género feminino, com uma mediana de 47 anos de idade. 68,6% da amostra tinha mais que o 10º ano de escolaridade. 75% da amostra encontra-se numa situação profissional ativa.

Apenas 13% da população referiu beber mais do que 2 copos de bebida alcoólica dia. 25% da população fuma, 24% afirma ter deixado de fumar e 51% refere nunca ter fumado.

Quanto à atividade física, 19% da população refere realizar atividade física regular (> 5x semana), 44% refere realização irregular (3x semana) e 37% não realiza atividade física semanalmente.

A nível alimentar, 16% da população refere tentar minimizar o consumo de comidas com gorduras não saudáveis, 28% considera que consome diariamente um aporte adequado de vegetais e hortícolas e 25% refere ambos itens descritos anteriormente. 30% da população refere não fazer qualquer restrição alimentar ou ter algum cuidado dietético.

Quando questionados acerca de quais as medidas promotoras da saúde que aplicam na sua vida, 51,5%, 42,2% e 30,6% da população monitoriza a tensão, o colesterol e a glicémia respetivamente.

61% da população refere não fumar e 45,7% não ingerir álcool, enquanto medidas preventivas de doença. 37% da população afirma realizar exercício físico como medida promotora de saúde enquanto apenas 13% consome adota uma dieta saudável por motivos de saúde.

35% da amostra considera consultas regulares com o seu médico de família, importantes para a promoção da sua saúde e prevenção da doença, mas apenas 30% afirma seguir as indicações dadas pelo seu médico. 14% de toda a amostra refere não realizar qualquer medida promotora da saúde na sua vida.

Os dados obtidos através deste estudo de investigação permitem-nos concluir que esta região de Portugal apresenta valores semelhantes aos Europeus, existindo uma elevada inatividade física, e baixa adesão a uma dieta saudável, nomeadamente a restrição de gorduras não saudáveis e a inclusão de hortícolas e vegetais. Embora tenhamos identificado uma elevada % de utentes que afirma beber ocasionalmente ou ser abstémico, pensamos que o número de consumidores de >2 bebida alcoólica/dia está subestimado pela perceção cultural do que são consideradas duas medi-

das de bebidas alcoólicas.

65% da amostra não reconheceu o seu médico de família como parceiro no seu processo de saúde, o que nos desperta para uma necessidade grande de educação para a saúde e uma janela de oportunidade para uma maior aproximação da comunidade aos cuidados de saúde primários.

PD 17

ADEQUAÇÃO DA CODIFICAÇÃO ICPC-2 DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E HIPERTENSÃO ARTERIAL – A REALIDADE DE UMA USF

Rita Carvalho Pereira¹; Bárbara C. Barbosa¹; Tânia Coelho¹; Tiago Silva Santos¹; Vânia Oliveira¹; João Martins¹; Ana Cristina Moura¹

¹USF *VitaSaurium*

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada por uma constelação de sintomas (dispneia, ortopneia, edema dos membros inferiores) e sinais (pressão venosa jugular elevada, congestão pulmonar) frequentemente causada por alterações cardíacas funcionais e/ou estruturais, resultando em pressões intracardíacas elevadas. A Hipertensão Arterial (HTA) é um fator de risco fortemente associado ao aparecimento de várias doenças cardiovasculares, como enfarte agudo do miocárdio, IC, doença coronária, fibrilhação auricular e doença arterial periférica. No estudo Framingham, 91% dos doentes com IC de novo apresentavam também HTA. Esta relação de causalidade é explicada pelo facto da HTA não controlada se associar a hipertrofia ventricular esquerda patológica e a disfunção diastólica, levando a aumento dos casos de IC em doentes hipertensos.

Objetivos: Analisar a adequação da codificação ICPC-2 em doentes com IC (K77 – Insuficiência Cardíaca) com comitante diagnóstico de Hipertensão Arterial (K86 – Hipertensão Arterial Sem Complicações e K87 – Hipertensão Arterial com Complicações) através da aplicação MIM@UF.

Material e métodos: Trata-se de um estudo descritivo e analítico, sendo a população de estudo os utentes de uma USF com código ICPC-2 K77 nos problemas ativos no processo clínico no programa Sclinico® em dezembro de 2021. Foram selecionados utentes com codificação de IC em simultâneo com o código ICPC-2 K86 e os com o código ICPC-2 K87. Segundo os critérios de inclusão para o código ICPC-2 K87 – HTA Com Complicações, deveriam ser codificados os utentes com níveis de tensão arterial correspondentes aos definidos em K86, e alterações cardíacas (hipertrofia, insuficiência), renais (albuminúria, azotemia), oculares, ou cerebrais devido a hipertensão. Os dados foram extraídos a partir da aplicação MIM@UF. A análise es-

tatística foi realizada através do Excel®. A confidencialidade e integridade dos dados foram asseguradas.

Resultados e conclusões: Existem 499 utentes com IC na unidade, dos quais 297 do sexo feminino (59,5%) e 202 do sexo masculino (40,5%), com uma mediana de idades de 83 anos. Obteve-se uma amostra de 392 com diagnóstico concomitante de IC (K77) e HTA (K86 e K87), encontrando a HTA como problema ativo de 78,6% dos doentes com IC, destes 1 apresentava erroneamente código K86 e K87 em simultâneo. Verificou-se 328 utentes codificados com K77 e K86, com 195 mulheres (59,5%) e 133 homens (40,5%), e 64 codificados com K77 e K87, dos quais 39 mulheres (60,9%) e 25 homens (39,1%). Pela definição da classificação ICPC-2 do código K87, os doentes com IC e HTA deveriam estar codificados na sua maioria com este código. Conclui-se que há um provável erro de codificação de utentes com IC e com HTA, muito embora se admita que a HTA possa não ser o fator preponderante para o aparecimento de IC, infere-se assim que a sua relação causa-efeito parece estar subvalorizada nesta unidade. Verifica-se assim uma oportunidade de melhoria na codificação dos casos de doentes com ambos os diagnósticos.

PD 19

ABORDAGEM DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL – RECONHECER E ORIENTAR ATEMPADAMENTE A NÍVEL DOS CSP

Leonor Ferreira da Silva¹; Pedro Filipe Tavares¹; Madalena Braga¹; Tiago Costa Freitas¹; Gustavo Fernandes¹; Felicidade Malheiro¹; Miguel Simões Magalhães¹

¹USF Arca d'Água

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores, cuja incidência estimada global é de 5 em 10000 pessoas, caracteriza-se pela formação patológica de trombos ao nível das veias proximais (p.e. veia poplítea, femoral ou ilíaca) ou distais (região gemelar). Já a trombose venosa superficial (TVS) ou tromboflebite, cuja prevalência estimada é de 3-11%, trata-se de uma inflamação das veias superficiais associada a trombose luminal, habitualmente no membro inferior, com destaque nas veias grande e pequena safenas. Estas entidades podem assumir diferentes graus de gravidade, sendo a complicação aguda mais temida o Tromboembolismo Pulmonar. O síndrome pós-trombótico (SPT) é a complicação tardia mais frequente, uma condição crónica caracterizada por sinais e sintomas de insuficiência venosa, que interfere na qualidade de vida dos utentes.

Objetivos: Rever e sistematizar a abordagem do utente com TVP e TVS, dirigida aos cuidados de saúde primários

(CSP), abordando a etiologia, fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento.

Material e métodos: Realizou-se uma revisão clássica tendo como fontes bibliográficas as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cirurgia Vasculuar (última atualização em 2021), da Sociedade Americana de Hematologia (última atualização em 2020), da Sociedade Europeia de Cardiologia (última atualização em 2017) e da Sociedade Portuguesa de Cirurgia (última atualização em 2015). Foi também obtida informação dos artigos referenciados pelas *guidelines* supracitadas.

Resultados e conclusões: A TVP pode ocorrer de forma provocada (na presença de fator de risco (FR) subjacente, transitório ou persistente, como neoplasia maligna ativa, imobilização prolongada, estados inflamatórios crónicos, etc) e de forma não provocada. A suspeição clínica surge na presença de FR e manifestações clínicas como dor, rubor e edema do membro afetado, assimétrico e distal ao local da trombose. O diagnóstico é confirmado pela evidência do trombo no ecodoppler. O tratamento consiste na anticoagulação e divide-se em três etapas: tratamento inicial, nos primeiros 5 a 21 dias após diagnóstico; tratamento primário, um período de manutenção da anticoagulação entre 3 a 6 meses, e por fim e apenas se indicação clínica segue-se o tratamento de prevenção secundária, em que é prolongada a anticoagulação além dos 3 a 6 meses, por tempo indeterminado, consoante a avaliação do risco de recorrência versus risco hemorrágico. O uso de meias de contenção elástica grau II pode reduzir sintomas na fase aguda, mas o seu papel na prevenção de SPT permanece indefinido. A TVP distal tem menor expressão sintomática e está mais frequentemente a FR transitórios, sendo o seu tratamento a anticoagulação por um período aproximado de 3 meses. Ao nível dos CSP, destaca-se o papel dos Novos Anticoagulantes Orais (NOAC) que podem ser instituídos desde início e que apresentam vantagens como a formulação oral, proporcionando a melhor adesão terapêutica, e a não necessidade de controlo da hemostase *ad eternum*.

A TVS apresenta-se com rubor, dor e cordão palpável no local da veia superficial atingida. À semelhança da TVP, o diagnóstico é confirmado com ecodoppler, que permite objetivar o trombo e respetivo segmento afetado. O tratamento contempla medidas sintomáticas (mobilização precoce, AINES e meias de compressão elástica grau II), associado ou não a um período de anticoagulação que pode chegar aos 3 meses, dependendo da extensão e distância do trombo às veias profundas.

Em suma, deve ficar claro que um diagnóstico precoce da TVP e TVS e uma instituição atempada de anticoagulação

podem ser realizados no contexto dos CSP, num estadio inicial e na ausência de instabilidade clínica ou sinais de gravidade, que exijam uma referenciação ao Serviço de Urgência. Este reconhecimento precoce é essencial para evitar complicações potencialmente fatais, tendo os médicos de Medicina Geral e Familiar um papel importante na orientação atempada destas patologias.

PD 20

SERÃO OS ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS MAIS VANTAJOSOS NA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA? – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Tiago Costa Freitas¹; Madalena Braga¹; Leonor Ferreira da Silva¹; Pedro Filipe Tavares¹; Felicidade Malheiro¹; Gustavo Fernandes¹; Miguel Simões Magalhães¹

¹USF Arca d'Água

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) é um dos problemas médicos mais prevalentes, com uma incidência estimada a nível global de 5 casos em cada 10 000 pessoas. O tratamento convencional é baseado na utilização de um antagonista da vitamina K a médio/longo prazo.

Objetivos: Por existirem algumas desvantagens inerentes a este tratamento, esta revisão tem como objetivo avaliar a eficácia e segurança dos anticoagulantes orais diretos (dabigatran, edoxaban, apixaban e rivaroxaban) no tratamento da TVP comparativamente ao tratamento convencional, justificando a utilização de um tratamento em detrimento do outro.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa de todas as normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, metanálise, ensaios clínicos aleatorizados e estudos coorte publicados desde janeiro de 2013 a maio de 2021, nas bases de dados MEDLINE, *The Cochrane Library*, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), com as palavras-chave (termos MESH): Dabigatran, Factor Xa inhibitors, Venous Thrombosis, Warfarin e Acenocoumarol. Foi também realizada uma pesquisa na base de dados Trip Medical Database, seguindo a metodologia PICO. Para avaliar o nível de evidência e força de recomendação foi utilizada a escala Strenght Of Recommendation Taxonomy (SORT) da *American Family Physician*.

Resultados e conclusões: Dos 192 artigos encontrados, sete artigos preencheram os critérios de inclusão (uma metanálise, três ensaios clínicos aleatorizados e três estudos coorte). O ensaio clínico aleatorizado de Bamber L. *et al* evidenciou satisfação dos utentes mais significativa com os anticoagulantes orais diretos (DOACs). A metanálise de Robertson *et al* e o estudo de coorte conduzido por Lee CH

et al demonstraram que os DOACs têm eficácia semelhante ao tratamento convencional na redução da TVP recorrente e mortalidade, além disso em ambos verificou-se uma diminuição significativa dos episódios hemorrágicos. O ensaio clínico aleatorizado de Liu X *et al* evidenciou uma redução significativa no tempo e taxa de hospitalização. O ensaio clínico aleatorizado de Yamada N *et al* e o estudo de coorte de Haughton DE *et al*, avaliaram a recorrência de eventos tromboembólicos e a resolução da trombose original, que foram semelhantes entre o tratamento com DOACs e com antagonistas da vitamina K. O estudo de coorte de Ferreira T *et al* demonstrou que a ocorrência da síndrome pós-trombótica é significativamente inferior com o rivaroxaban do que com varfarina. Os autores atribuem força de recomendação SOR A. Os DOACs como o dabigatran, rivaroxaban, apixaban e edoxaban são uma alternativa eficaz e segura ao uso de heparinas e antagonistas da vitamina K no tratamento da trombose venosa profunda. Demonstram menos episódios hemorrágicos, associados a uma eficácia e taxa de recorrência semelhante e a uma maior satisfação do utente com o tratamento.

PD 21

QUANDO PENSAR EM NEOPLASIA PANCREÁTICA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Lara Magalhães¹; Ana Cristina Esteves¹; Rafael Mira¹; Beatriz Amaral²; Andreia Guerreiro¹

¹USF Lavradio, ACES Arco Ribeirinho; ²USF Ribeirinha, ACES Arco Ribeirinho

Introdução: A neoplasiado pâncreas é uma doença devastadora, com uma sobrevida aos 5 anos após o diagnóstico de 9%. Em Portugal, existem cerca de 1300 novos casos por ano e antevê-se um aumento da incidência e da mortalidade. É uma doença indolente, com diagnóstico tardio, por vezes em estadio de metastização, não havendo indicação para intervenção curativa.

Descrição: Mulher de 72 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de perturbação depressiva, diabetes mellitus (DM) tipo 2, hipertensão arterial (HTA), hipotiroidismo e doença de refluxo gastro esofágico.

Doente recorreu aos cuidados de saúde primários (CSP) em junho, com queixas de epigastralgia, tonturas e pirose com poucos dias de evolução. Referiu ainda glicémias na ordem dos 200 mg/dL. Adicionou-se associação de ácido hialurónico e sulfato de condroitina ao inibidor da bomba protões que já fazia. Em agosto, doente regressou à consulta com agravamento da epigastralgia. Pediu-se endoscopia digestiva alta (EDA) e avaliação analítica. No início de outubro, referiu ter estado em consulta de gastroenterologia, mantinha

queixas de epigastralgia e referiu uma perda ponderal de novo de 4 Kg, não intencional. Negou alterações gastrointestinais. Mostrou resultado de exames complementares que revelaram gastrite crónica, ligeira anemia ferropénica (Hb 11,3 /dL) e HbA1c 8,6%. Pediu-se ecografia abdominal.

Ao longo dos meses seguintes, verificou-se um agravamento do estado geral da doente, com aumento da perda ponderal e elevação gradual das glicémias.

No final de dezembro, veio a uma consulta aberta acompanhada da filha, por “não se sentir bem e ter pouco apetite” (sic). Filha referia que esta apresentava suores e agravamento da tristeza, choro fácil, anedonia e mantinha epigastralgia. Ao exame objetivo, não apresentava alterações de relevo, nomeadamente no exame neurológico e abdominal. De salientar, perda ponderal significativa no último mês de 5 kg. Foi ajustada terapêutica anti-depressiva e pedido novo estudo analítico.

Doente aguardava realização de ecografia abdominal, que pela impossibilidade de agendamento prévio devido à situação da pandemia, só conseguiu agendar para janeiro.

Em janeiro, recorre aos CSP para consulta de vigilância da DM e HTA, onde referia persistência da sintomatologia e glicémias na ordem dos 250 mg/dL, após ajuste terapêutico prévio. Analiticamente, a destacar anemia (10,4 g/dL). Ao exame objetivo apresenta mau estado geral, sem outras alterações. Opta-se por pedir TAC toraco-abdomino-pélvica. Posteriormente, a doente recorreu ao serviço de urgência por agravamento da sintomatologia e dor abdominal nos quadrantes superiores. Foi diagnosticada com neoplasia pancreática com metastização pulmonar, hepática e carcinomatose peritoneal. Após 25 dias de internamento doente tem alta com prognóstico reservado e vai ser seguida em consulta de oncologia.

Conclusão: Muitas vezes os doentes, chegam aos cuidados de saúde primários com queixas inespecíficas ou queixas semelhantes a episódios prévios. Este caso clínico pretende alertar para a necessidade de estudo etiológico após a ausência de melhoria clínica com a terapêutica sintomática. Em doentes na sétima e oitavas décadas de vida, um diagnóstico que se deve ter em conta é a neoplasia pancreática. De destacar também que com a pandemia muitos exames tornaram-se difíceis de agendar, levando a um atraso no diagnóstico.

PD 22

FRACTURA METASTÁTICA: UMA CAUSA DE DOR ONCOLÓGICA A CONSIDERAR

Alexandra Soares¹; Jorge Bruno Pereira¹; Sandra Alves²; Róman Marquez de La Peña¹

¹UCSP S. Miguel – ULS Castelo Branco; ²Serviço de Ortopedia – ULS Castelo Branco

Introdução: Aproximadamente 50% dos doentes portadores de neoplasia maligna apresentam dor em alguma fase da sua doença, elevando-se esse número para 70% quando nos referimos a doentes em estágios avançados. A infiltração óssea tumoral é a causa mais comum de dor oncológica, ocorrendo mais frequentemente como resultado de doença metastática. Os tumores primários que mais frequentemente metastizam para o osso são os da mama, próstata e pulmão, no entanto esta metastização pode ocorrer em qualquer neoplasia maligna. A dor óssea é geralmente constante e profunda podendo surgir com os movimentos. A fraqueza ocasionada pela infiltração dos ossos torna-os mais propensos a fraturas que se manifestam por episódios de dor aguda na ausência de trauma ou com traumas mínimos como pequenos movimentos ou mudanças de posição.

Descrição: Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, 67 anos, com carcinoma de células claras renais com metastização óssea, seguida em Consulta da Dor, que recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento da dor e aparecimento de dor súbita e intensa no membro superior direito (MSD) na ausência de trauma. Optou-se por internamento no Serviço de Medicina Paliativa para controlo da dor. Por manutenção de dor no MSD excruciante à mobilização, apesar da optimização da dose de opióide, foi realizado rx do MSD que demonstrou fractura patológica, sobre metástase óssea, da diáfise do úmero sem desvio. Foi pedida observação de Ortopedia que indicou imobilização com suspensor braquial durante 4 semanas. Em conjunto com a doente e família, foi decidida realização concomitante de radioterapia paliativa com objectivo antálgico.

Conclusão: Este caso destaca a importância de uma avaliação constante do padrão da dor oncológica que permita identificar precocemente complicações da doença metastática e contribuir para o adequado controlo da dor e manutenção da função.

A principal modalidade de tratamento das metástases ósseas é a radioterapia estando esta indicada para controlo da dor óssea refratária, em caso de comprometimento dos ossos de sustentação e quando existe risco iminente de fractura na impossibilidade de tratamento cirúrgico.

PD 23

UM CASO DE CANCRO COLO-RECTAL DE INTERVALO NUMA DOENTE COM DOR ABDOMINAL REFRACTÁRIA A TERAPÊUTICA

Joana Soares Serra¹; Márcia Gonçalves Lopes¹

¹USF Descobertas - ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: O cancro colo-rectal (CCR) de intervalo define-se por ser diagnosticado menos de 60 meses após a colonoscopia índice (ou menos de 36 meses conforme os estudos). 5-8% dos CCR são diagnosticados 3-5 anos após a última colonoscopia, apresentando uma localização entre o cego e o ângulo esplénico 2,4 vezes superior a localizações mais distais. Consideram-se como fatores de risco para CCR de intervalo o sexo feminino, idade avançada, história familiar de CCR, co-morbilidades, polipectomia na colonoscopia índice, diverticulose e experiência técnica do executante da colonoscopia. O caso aqui relatado pretende mostrar que devemos colocar esta hipótese diagnóstica perante uma história clínica e fatores de risco compatíveis.

Descrição: Doente do sexo feminino, com 68 anos, com antecedentes pessoais de hérnia do hiato, hipertensão, dislipidemia, hipotireoidismo, osteoporose, rinite alérgica, cistocele grau II, rectocele grau I, prolapso útero-vaginal grau II, síndrome vertiginosa, perturbação de ansiedade, perturbação depressiva e somatização. Antecedentes familiares de cancro gastro-intestinal na mãe, pai e em duas irmãs.

Em contexto de agravamento de pirose e tenesmo, juntamente com anemia microcítica hipocrômica, e presença de fatores de risco familiar de malignidade, apesar de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) negativa, optou-se por sugerir à doente a realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia. A EDA mostrou hérnia do hiato (já conhecida) e gastrite antral com colonização por *Helicobacter pylori*. Na colonoscopia (Boston Bowel Preparation Scale - BBPS 3+3+3) foram excisados 3 pólipos, todos com adenomas tubulares com displasia de baixo grau. No mês seguinte à colonoscopia, iniciou queixas de dor nos quadrantes abdominais esquerdos, azia e distensão abdominal, que manteve ao longo de vários meses e pelas quais recorreu frequentemente a consulta. Embora tenha realizado terapêutica de erradicação de *H. pylori* efetiva, dada a manutenção de queixas refratárias a tratamento, incluindo para as hipóteses diagnósticas de síndrome de cólon irritável e doença inflamatória intestinal, e após exclusão de intolerância ao glúten e realização de meios complementares de diagnóstico inconclusivos, foi referenciada para consulta hospitalar de Gastrenterologia e Cirurgia Geral. Cerca de 27 meses após a primeira colonoscopia, realizou segunda colonoscopia (BBPS 2+2+2) que evidenciou no ângulo hepático uma lesão po-

lipóide séssil com 25mm, com inducto aderente, perda de padrão mucoso (NICE 3) e friável, cujas biópsias revelaram adenocarcinoma do cólon, ulcerado, de baixo grau (G1).

Conclusão: Este caso mostrou o desenvolvimento de CCR de intervalo cerca de 27 meses após a última colonoscopia. De realçar que a doente apresentava praticamente todos os fatores de risco para CCR de intervalo, nomeadamente sexo feminino, idade, história familiar, múltiplas co-morbilidades, e polipectomia da primeira colonoscopia. Este caso mostra também a importância de, em doentes com somatização, não desvalorizar as queixas e continuar a pesquisa diagnóstica quando as queixas permanecem apesar da terapêutica dirigida.

PD 24

EMERGÊNCIA MÉDICA NO CENTRO DE SAÚDE – CASO CLÍNICO

Mariana de Oliveira Freitas¹; Mariana Cravo¹; Maria Eduarda Costa²; Ana Maria Ferreira¹

¹USF - CampuSaúde (ACES Lezíria); ²USF S Domingos (ACES Lezíria)

Enquadramento: Os Centros de Saúde são reconhecidos sobretudo pela sua valência de prevenção e seguimento de doentes em cuidados de Saúde Primários. Porém, deverão estar preparados para situações de abordagem de doentes em situações graves que comprometem a vida dispondo de recursos profissionais e técnicos adequados para o fazer.

Descrição de caso: Neste trabalho descreve-se caso de doente do sexo feminino de 39 anos, que contactou Centro de Saúde por telefone com queixa de sensação de picadas nos dedos da mão associadas a rubor na face, prurido no pescoço, sensação de mal estar geral, de instalação súbita, cerca de 10 minutos após a toma de Metamizol Magnésico para alívio de cefaleia.

Recebeu orientação para se deslocar com brevidade ao Centro de Saúde, tendo apresentado episódio de lipotimia à entrada com duração de cerca de 3 minutos.

Apresentava via aérea permeável, saturação de O₂ de 95%, taquipneia, taquicardia (102bpm); TA 94/53; temperatura 37, 4°C; evidenciava eritema multiforme com início nos braços e tronco que evoluíram para rubor generalizado e pele arrepiada.

Foi administrada Adrenalina por via intradérmica, Clemastina intramuscular, NaCl endovenoso. Prescrito Fexofenadina para ambulatório.

Negou sempre dispneia. Teve alta após melhoria clínica com orientação para estudo de alergias.

Refere ainda antecedentes de reação alérgica a medicamento que não sabe especificar.

Discussão: O diagnóstico de anafilaxia é essencialmente clínico. Neste quadro verificamos uma reação anafilática de grau moderado a grave de acordo com a Norma nº 014/2012, Anafilaxia: Abordagem Clínica, atualizada a 18/12/2014 da DGS, uma vez que a doente apresentou prurido generalizado, flushing, urticária, taquicardia, hipotensão e lipotímia.

Este caso evidencia a resposta atempada e eficaz que o Centro de Saúde tem capacidade de oferecer perante o salvamento de vidas em situação de emergência.

PD 25

PENFIGÓIDE BOLHOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO

Vera Cardoso¹; Dr. Arménio Ramos¹

¹USF Farol, Centro Saúde Faro, ARS Algarve

Introdução: O penfigóide bolhoso (PB) é uma entidade auto-imune de carácter crónico, rara, de grande prevalência acima dos 60 anos, embora se possa manifestar, de forma singular, em crianças. Hoje sabe-se estar associado a comorbilidades como hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e distúrbios neurológicos. Estudos recentes mostram uma associação entre o uso de iDPP4 e o aparecimento de PB.

Tipicamente evolui em duas fases: a não bolhosa ou prodrómica e a bolhosa. A primeira consiste em lesões planas urticariformes ou eczematosas, com intenso prurido e duração variável de semanas a meses. A fase bolhosa caracteriza-se por vesículas ou bolhas tensas de conteúdo límpido, subepidérmicas, que frequentemente cicatrizam sem sequelas visíveis após ruptura.

O penfigóide bolhoso é uma das doenças bolhosas mais prevalentes na Europa. Pode ter forma localizada ou difusa, e envolve mais comumente o tronco, zonas de pregas (inguinais, axilares) e flexuras. Em até 30% dos casos, pode envolver a mucosa oral.

O diagnóstico assenta na suspeição clínica, embora se sugira confirmação com biópsias para histopatologia, ou imunofluorescência directa ou serologias para anticorpos anti-membrana basal (hemidesmossomas BP180 e BP320).

O tratamento assenta no uso de corticóides (CT) tópicos (propionato de clobetasol) e/ou sistémicos (prednisona ou prednisolona) e, se necessário, antibioterapia (doxiciclina, minociclina). Em casos de grande extensão do PB, podem estar indicados medicamentos poupadores de CT, como metotrexato, micofenolato de mofetil ou azatioprina. Para minimizar os efeitos adversos dos CT de uso crónico ou em casos refractários, ponderar o uso de imunomoduladores (rituximabe, omalizumabe, e imunoglobulina EV).

O PB é uma doença crónica que pode evoluir entre a exa-

cerbação e remissão ao longo de meses ou anos embora a grande maioria seja auto-limitada podendo entrar em remissão.

Descrição: Doente de 77 anos, masculino, com antecedentes de obesidade, fibrilhação auricular, HTA, hiperuricemia, dislipidemia, DPOC e DM tipo 2, medicado com varfarina 5 mg, furosemida 40 mg, alopurinol 300 mg, metformina + vildagliptina 1000/50 mg, bisoprolol 5 mg, ramipril 10 mg, sinvastatina 20 mg e brometo de umeclidínio + vilanterol 55/22 µg, Em junho de 2021, em consulta de vigilância da DM, refere aparecimento de uma lesão pruriginosa peri-umbilical direita, exsudativa com sinais inflamatórios, um mês de evolução, sem dor associada ou introdução recente de fármacos. Objectivamente, media 10 x 6 cm, com sinal de Nikolsky negativo. Sem lesões mucosas. Medicado com hidrocortisona + ácido fusídico 10 mg/g+20 mg/g e amoxicilina + ácido clavulânico 875/125 mg.

Em setembro de 2021 apresenta lesões bolhosas recidivantes e exsudativas, pruriginosas, tanto de conteúdo citríco como em cicatrização, dispersas pelo abdómen e membros, tronco e pescoço. Mucosas poupadas. Pela extensão das lesões e risco infeccioso, fazia pensos com gaze gorda, em dias alternados.

Sem resposta ao tratamento, fez-se um pedido, via Alert P1, de Consulta Externa de Dermatologia ao Hospital de Faro.

Por iniciativa própria, e antes da consulta hospitalar, o utente decidiu ir a uma consulta privada de dermatologia, onde foi diagnosticado o PB, e medicado com deflazacorte 30 mg, levocetirizina 5 mg, minociclina 100 mg, cytellum® spray e clobetasol 0,5 mg/g, com indicação para não fazer pensos.

As lesões regrediram completamente até dezembro de 2021, sem recidiva.

Conclusão: O PB é uma doença rara, auto-imune e crónica, associada a lesões pruriginosas, na forma focal ou difusa. As áreas comumente afectadas são o tronco, pregas e flexuras, podendo haver ou não envolvimento mucoso. É de grande importância o diagnóstico atempado que permita iniciar o tratamento precoce.

Neste caso, a HTA e a DM, enquanto comorbilidades associadas, assim como a toma de um iDPP4 podem estar relacionados com o aparecimento do PB.

PD 26

UM ACHADO OCASIONAL: DEFEITO FIBROSO CORTICAL

Melani Morais Noro¹; Daniel Freitas¹; Gabriela Villagomez¹; Cláudia Silva¹; Jorge Correia¹

¹ULS da Guarda

Enquadramento: O Defeito Fibroso Cortical é uma lesão tumoral benigna e segundo a OMS pertence ao grupo das anormalidades do desenvolvimento. Habitualmente este defeito envolve a região metafisária dos ossos. Estima-se que a sua prevalência é de 30% na primeira ou segunda décadas de vida, tratando-se de uma lesão assintomática que se deteta por outro motivo (um trauma ou uma contusão no local). Além disso, não requer um tratamento específico, apenas a monitorização da lesão através de radiografias de forma periódica (após 6 meses do diagnóstico e depois anualmente até ossificação da lesão).

Descrição de caso: Adolescente, do sexo masculino, de 14 anos, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, sem alergias medicamentosas conhecidas.

Recorre ao Serviço de Urgência por traumatismo tibiotársica direita após um jogo de futebol. Realizou Rx da tibiotársica direita sem sinais de fratura, que revelou uma lesão metafisária distal da tibia direita. Posteriormente, foi marcada uma consulta para reavaliação e solicitado uma TAC que revelou: “lesão osteolítica cortical metafisária lateral na tibia, com cerca de 15 x 8 x 3cm, de contorno bosselado e bem delimitado, sem componente de lesão de tecidos moles. Os aspetos são compatíveis com defeito fibroso cortical”. Seguidamente teve consulta de reavaliação após 6 meses que não evidenciou nenhuma alteração. Ficou marcada consulta anual.

Discussão e Conclusão: O defeito fibroso cortical é uma lesão comum, que pode ser descoberta de forma acidental. Devemos ter em conta que se trata de uma lesão benigna, assintomática, autolimitada, com uma evolução favorável. Esta anomalia apenas requer uma vigilância periódica até o seu desaparecimento.

PD 27

O QUE ESCONDE UMA CONSULTA DE HIPERTENSÃO

Ana Margarida Lopes Simões¹; Tânia Ferreira¹; Ana Isabel Santos¹

¹USF A Ribeirinha

Enquadramento: O médico de família segue o doente desde que nasce até falecer. Neste intervalo de tempo, cabe-nos a nós realizar principalmente a promoção da saúde. Durante a nossa vida, vão surgindo doenças crónicas que necessitam de seguimento periódico. Nestas consultas são também abordadas as prevenções a todos os níveis. Manter este seguimento e contacto regular com o nosso doente faz

com que doenças iniciais e potencialmente graves possam ter tratamento adequado atempadamente.

Descrição do caso: Doente do sexo de feminino com 78 anos de idade, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, doença cardíaca isquémica, perturbação depressiva, AVC, pólipos vesicular. A sua medicação habitual era AAS, atorvastatina, pantoprazol, ramipril, lercanidipina mirtazapina, lorazepam e escitalopram.

A 13/10/2021 a doente vem à consulta de HTA no centro de saúde, onde foi revista a terapêutica e pedidos exames complementares de seguimento. A 25/10/2021 traz as análises, onde apresentava uma anemia de novo (Hb 10,5 g/dL Hto 35,4 % VCM 62,9 fL) e uma ecografia abdominal de controlo do pólipo vesicular com a seguinte informação “Vesícula Biliar: volume normal com pequena formação aderente à parede ecogénica de 8,7mm. Cauda pancreática - formação nodular sólida de 39mm”. Foi pedida de imediato TC-abdominal que veio a revelar “provável GIST do Intestino delgado com 35x45x47 mm na transição entre duodeno e jejuno ao nível do espaço aorto-mesentérico, ligeiramente lateralizada”.

Foi realizada endoscopia (gastrite crónica difusa. Excisado pólipo séssil com 6 mm no fundo gástrico. Na porção distal de D2/D3 formação submucosa, sangrante ao toque (já com restos hemáticos no local), comprimindo o lúmen, sendo, contudo, franqueável) e colonoscopia (sem alterações).

Discussão: A doente foi encaminhada para consulta de cirurgia urgente. Realizou ecoendoscopia e PET FDG e PET Gálio para melhor caracterização da lesão, tendo já sido submetida à ressecção da lesão a 24/02/2022. Aguarda-se o resultado anatomopatológico da peça cirúrgica, já que se coloca a hipótese de tumor neuroendócrino ou GIST.

PD 28

POLIMIALGIA REUMÁTICA: UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Juliana Campos¹; Hugo Gomes¹; Margarida Moreira¹

¹USF Santo António, ACeS Barcelos/Esposende

Introdução: A polimialgia reumática (PMR) é uma doença reumática inflamatória, relativamente comum, que surge habitualmente após os 50 anos de idade. A etiologia é pouco conhecida, e o diagnóstico é essencialmente clínico. Caracteriza-se tipicamente por dor e rigidez das cinturas escapulares e pélvica, podendo associar-se a anorexia, perda ponderal e febre. Pode condicionar uma limitação importante para as atividades de vida diárias. Este caso pretende descrever um caso polimialgia reumática.

Descrição do caso: JM, sexo masculino, 69 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia,

excesso de peso e síndrome de apneia obstrutiva do sono. Sem antecedentes familiares de relevo.

A 14.9.21 recorreu à Consulta Aberta por cervicalgia sem irradiação e lombalgia com irradiação para o membro inferior direito, de predomínio matinal e limitação funcional, com cerca de uma semana de evolução, sem outras queixas articulares ou sintomas sistémicos associados. Relacionava o início com esforço. Foi medicado com diclofenac 75mg e tiocolquicosido 4mg intramusculares em toma única, naproxeno 500mg duas vezes ao dia e diazepam 10mg uma vez ao dia.

Nesse mês e no seguinte, por ausência de melhoria recorreu à Consulta Aberta por várias vezes, mantendo as queixas mesmo após toma de vários relaxantes musculares, analgésicos e anti-inflamatórios. Associadamente, nesse período apresentava perda ponderal de 6kg (~7% de perda) e alterações do padrão do sono pela dor. A 11.10.21 recorreu, inclusivamente, ao Serviço de Urgência onde fez radiografia da coluna lombar que mostrou alterações degenerativas, tendo sido medicado com tapentadol 100mg duas vezes ao dia. Por persistência de sintomas, na Consulta Aberta da Unidade de Saúde Familiar, foi solicitado estudo analítico que revelou anemia normocrômica e normocítica, aumento dos parâmetros inflamatórios, HLA B27 positivo, fator reumatoide e anticorpos anti-nucleares negativos, tendo o doente sido referenciado para consulta hospitalar de Reumatologia.

Perante estes resultados, a 21.10.21 o utente decidiu recorrer a Reumatologista que colocou como diagnóstico provável PMR e iniciou terapêutica com prednisolona 15mg/dia, naproxeno 500mg duas vezes ao dia e inibidor da bomba de prótons. A 31.1.21 foi avaliado pela primeira vez na Consulta Externa de Reumatologia sendo que, por resposta favorável à terapêutica anteriormente iniciada, com remissão clínica e analítica importantes, iniciou redução gradual da dose de corticoide oral, sem recidiva. Atualmente mantém dose de 7.5mg/dia de prednisolona.

Conclusão: As queixas musculoesqueléticas como a cervicalgia, omalgia e lombalgia são motivos frequentes de consulta nos Cuidados de Saúde Primários, devendo as hipóteses diagnósticas incluir a PMR. O diagnóstico da PMR pode ser desafiante uma vez que vários dos achados clínicos e laboratoriais são comuns a outras doenças, como outras doenças reumáticas, infeções e neoplasias malignas. A PMR, se não tratada, associa-se a uma deterioração significativa da qualidade de vida pelo que a terapêutica com corticoterapia deve ser prontamente iniciada, sendo expectável uma boa resposta ao tratamento.

Assim, uma visão holística da sintomatologia e sua evolu-

ção temporal são essenciais para a suspeição diagnóstica e consequente instituição do tratamento adequado, estando ao alcance dos CSP.

PD 29

COMPORTAMENTOS E PREOCUPAÇÕES AMBIENTAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF PLANÍCIE

Joana Branco de Brito¹; Inês Roma¹; Maria Gato¹; Catarina Afonso¹; José Silva¹

¹USF Planície - ACES Alentejo central

Introdução: A pandemia Covid 19 fez-nos repensar a relação entre a saúde humana, saúde animal e saúde ambiental (abordagem Uma Saúde) e reflectir sobre o nosso impacto no meio ambiente. O papel dos profissionais de saúde é fundamental na promoção não só da saúde humana, mas também da saúde planetária e ambas possuem uma relação estreita. Neste contexto, decidimos caracterizar os comportamentos e preocupações dos profissionais de saúde da USF Planície face ao ambiente. Pretendemos avaliar a necessidade de promover alterações de comportamentos e melhorias no local de trabalho, de forma a sermos mais sustentáveis ambientalmente.

Objetivos: Geral: caracterizar os comportamentos e preocupações dos profissionais de saúde da USF Planície em relação ao ambiente.

Específicos: caracterizar a pegada ecológica dos profissionais; avaliar a importância atribuída à protecção do ambiente e adopção de comportamentos ecológicos; recolher sugestões de melhoria e identificar pontos fracos.

Material e métodos: Foram aplicados questionários anónimos e sujeitos a consentimento prévio aos profissionais de saúde de todos os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais). Os dados resultantes foram tratados em excel e foram produzidos gráficos. Os resultados obtidos foram apresentados em reunião de serviço da USF para discutir formas de melhoria.

Resultados e conclusões: Foram entregues 31 questionários e obtivemos uma participação de 100%. O questionário possui perguntas dirigidas às seguintes áreas principais: resíduos, energia, água, mobilidade, alimentação, promoção da literacia ambiental, importância atribuída à diminuição da pegada ecológica e protecção do ambiente e sugestões de melhoria/ pontos fracos na USF.

Em relação aos resíduos: 56% dos profissionais usa garrafa de água reutilizável, 67% usa marmita reutilizável para o almoço e 37% usa copo reutilizável para o café, 47% afirma fazer a separação dos resíduos e 37% afirma praticar a regra dos 3Rs.

Relativamente à poupança de água e energia: 20% afirma

desligar o monitor/impressora e luzes e 73% afirma desligar o ar condicionado no final do dia de trabalho. 34% afirma poupar água durante a lavagem das mãos e 56% poupa água quando descarrega o autoclismo.

Em relação à mobilidade: 77% desloca-se de carro para o trabalho, 20% a pé e 3% de autocarro.

Ao nível da alimentação: 17% dá preferência aos produtos locais e da época, 60% afirma consumir carnes vermelhas 0 a 2 vezes por semana, 76% afirma consumir diariamente frutas e vegetais.

Em relação à promoção da literacia ambiental: 48% dos profissionais afirma abordar temas ambientais na consulta, como a alimentação saudável, poupança de papel, 3Rs, uso de garrafa reutilizável, entre outros.

Relativamente à importância da adopção de comportamentos ecológicos e da protecção ambiental: 57% atribuiu importância de 10 (em 10), 23% atribuiu 9 (em 10), 10% atribuiu 8 (em 10) e 10% não respondeu.

Foram ainda identificados pontos fracos na USF e feitas sugestões de melhoria em modo de pergunta aberta. São exemplos: aquisição de ecopontos e organização de espaços para armazenamento dos resíduos, sensibilização dos profissionais e utentes para a separação correcta dos resíduos, otimizar o uso do papel na USF, promover a mobilidade sustentável, entre outras.

Concluímos que cerca de metade dos profissionais da USF Planície tem comportamentos ecológicos no local de trabalho e promove a literacia ambiental dos utentes. A maioria dos profissionais estão sensibilizados para a importância da adopção de comportamentos ecológicos e protecção do ambiente. No entanto, é necessário melhorar alguns aspectos a nível de comportamentos e de equipamentos/ organização de espaços na USF.

Com base neste trabalho, decidimos implementar na USF Planície um conjunto de medidas com o objectivo de sermos mais ecológicos. Esperamos com assim contribuir para a construção de um futuro mais sustentável e saudável.

PD 30

PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE: PROJETO DE INTERVENÇÃO

Marta Daniela Fontes Ferreira¹; Joana Veloso²; Ana Corte Real³; Ana Azevedo⁴; Filipa Vale²; Filipa Carvalho²; Ana Fraga⁵; Aida Azevedo⁶

¹USF Ribeirão; ²USF São Miguel-o-Anjo; ³USF Joane; ⁴USF Famalicão; ⁵Centro Hospitalar Leiria; ⁶Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução: A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a principal causa de morte em lactentes no 1º ano de vida. Apesar do risco ser inferior a 1 por cada 1000

nascimentos, é 20 vezes superior ao risco de morte nos 17 anos subsequentes por qualquer causa. Quando aplicadas as medidas anti-SMSL este risco diminui significativamente. Os fatores de risco podem ser maternos, do lactente ou ambientais, pelo que existe uma variedade de fatores protetores e de prevenção que importa dar a conhecer à comunidade.

Objetivo: Capacitar as grávidas para o cumprimento de medidas de prevenção do SMSL.

Métodos: Estudo quasi-experimental pré e pós-intervenção. Foram convidadas a integrar o projeto as grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto e a parentalidade do ACEs Ave-Famalicão de setembro a novembro de 2021. Após o seu consentimento informado, realizaram-se seis sessões formativas sobre SMSL online, com preenchimento de um questionário para avaliação de conhecimentos pré, pós-sessão e durante o primeiro mês de vida do lactente. Foram questionadas 6 medidas de prevenção de SMSL: onde e como deve dormir o bebé, como deve estar o berço, temperatura do quarto, medidas de segurança e fatores de risco parentais. Os dados foram analisados através do programa Microsoft Office Excel® e SPSS®.

Resultados: Participaram 70 grávidas no questionário pré sessão e 64 no pós-sessão, com idade média de 32 anos ($\pm 4,2$ anos), 47,2% das quais tinha como escolaridade o 12º ano e, quanto à idade gestacional, situavam-se entre as 28 e 38 semanas e 3 dias (média 33º semanas).

No questionário pré-sessão, as perguntas tiveram respostas adequadas em apenas 60,0%-84,3% das vezes, sendo que após a sessão formativa se verificou uma melhoria relevante das mesmas (entre 14,0% a 32,2%), atingindo uma proporção de respostas corretas entre 79,7% a 100%. Em cinco das seis questões a melhoria foi estatisticamente significativa com $p < ,001$.

Antes da sessão apenas 18 grávidas responderam adequadamente a todas as questões, sendo que após a mesma 46 grávidas conseguiram acertar todas as questões e a melhoria foi também estatisticamente significativa com $p < ,001$. No questionário do 1º mês pós-parto, obteve-se 21 respostas, a idade média das participantes foi de 32 anos ($\pm 4,2$ anos), 71,0% das quais tinha como escolaridade o 12º. A idade média do lactente era de 19 ($\pm 7,5$) dias. Apenas 9,5% (N=2) das puérperas cumpriram todas as medidas corretas.

Discussão: Algumas medidas simples podem reduzir significativamente a taxa de mortalidade por SMSL, sendo que, tal como demonstrado com este projeto, através de sessões formativas podemos aumentar de forma relevante o conhe-

cimento parental sobre as mesmas, reduzindo o risco de ocorrência desta fatalidade.

Após intervenção, detetam-se dificuldades na aplicação das medidas anti-SMSL, nomeadamente em questões importantes como o tabagismo e o uso de chupeta como protetor da SMSL, possivelmente pelo reduzido tamanho da amostra e dificuldade em transpor da teoria para a prática.

PD 31

ABORDAGEM E TRATAMENTO DA PEDICULOSE CAPILAR – UMA REVISÃO APLICADA À REALIDADE PORTUGUESA

Inês Pais Cunha¹; Mariana Santana²

¹Serviço de Pediatria, Centro Hospital Universitário de São João;

²Unidade de Saúde Familiar Aldoar, ACeS Porto Ocidental

Introdução: A pediculose capilar é uma das parasitoses mais comuns e afeta sobretudo crianças em idade escolar. Apesar de estes parasitas não serem vetores de outras doenças, associam-se a um importante estigma social, stress, isolamento e absentismo escolar, com elevados custos para a saúde. Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento da resistência aos agentes pediculocidas. Esta revisão tem como objetivo reunir os tratamentos mais utilizados na abordagem da pediculose capilar e a sua eficácia, assim como a sua utilização em Portugal.

Métodos: Revisão geral da literatura utilizando a plataforma *Pubmed* com pesquisa pelos termos “pediculosis capitis” e “head lice”. Foi feito um levantamento de todos os tratamentos disponíveis em Portugal para o uso na pediculose.

Resultados: Nem todos os fármacos estão aprovados para o tratamento em Portugal. De facto, em relação aos métodos químicos, estão apenas disponíveis os piretróides. Em relação aos métodos físicos, há vários agentes oclusivos disponíveis, nomeadamente com dimeticone. O tratamento oral desta parasitose não está aprovado em Portugal.

Discussão e Conclusão: Há vários métodos de tratamento da pediculose capilar. Devido ao surgimento de resistências, os tratamentos mecânicos têm vindo a mostrar-se mais úteis do que os químicos. Para além da escolha correta do agente terapêutico, são também essenciais as medidas preventivas e a abordagem de conviventes, de forma a evitar novas reinfestações.

PD 32

HEMATOMA SUB ARACNOIDEU NÃO TRAUMÁTICO – UMA ENTIDADE RARA

Marta Rosário¹; Luis Forte¹

¹Centro hospitalar de Leiria

O hematoma subdural é uma coleção de sangue resultante de uma hemorragia nos espaços meníngeos. Uma vez que o crânio é uma caixa fechada, os hematomas subdurais aumentam muito a pressão no seu interior, levando a sintomas graves incluindo a morte. Assim sendo a hemorragia sub aracnóideia deve ser considerada uma emergência médica com necessidade de tratamento emergente.

Os hematomas são considerados: agudos, sub agudos ou crónicos dependendo do seu tempo de evolução.

O hematoma sub dural crónico, desenvolve-se lentamente (dias a semanas), pode ser reabsorvido, sem provocar lesões e sem sintomas a longo prazo.

Os sintomas incluem: cefaleias persistentes, sonolência, prostração, confusão, hemiparesia, disartria entre outros.

Como causas mais frequentes: traumatismos cranianos, mudanças muito rápidas de velocidade, atrofia cerebral (idosos, alcoólicos), doentes antiagregados e anticoagulados, doentes em diálise, com coagulopatias

É fundamental a realização de TC-CE e/ou RMN-CE.

No que respeita à terapêutica ela difere quanto ao tempo de evolução, localização de dimensão do hematoma.

O progn depende da extensão do hematoma e da resposta à terapêutica instituída.

Os autores apresentam o caso de um doente com HSA aguda bilateral espontânea num doente admitido pelo serviço de urgência que como fator de risco apresentava-se antiagregado em ambulatório.

Este caso clinico lembra-nos que apesar de rara, esta entidade deve ser considerada mesmo na ausência de traumatismo craniano para uma intervenção atempada e prognóstico favorável.

PD 33

MICOBACTERIUM AVIUM COMPLEX – UM CASO COMPLEXO DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Gwladys Louro¹; José Barbado Silva¹; Cláudia Rede Leão¹; Joana Brito¹; Maria Gato¹; Inês Roma¹; Catarina Afonso¹

¹USF Planície

Enquadramento: As doenças pulmonares (DP) provocadas por micobactérias são responsáveis por morbilidade e mortalidade significativa na espécie humana. Em Portugal, a tuberculose (TB) apresenta atualmente uma baixa incidência, inferior a 20/100 000 habitantes. O medo, o choque, a depressão e o isolamento são algumas das principais reações

emocionais vivenciadas pelos indivíduos face à doença. Para além de TB, causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, estudos epidemiológicos recentes apontam um aumento de DP por micobactérias não tuberculosas (MNT). Associadas a condições clínicas subjacentes, como alterações pulmonares estruturais e antecedentes de TB, o diagnóstico de doença por MNT implica a presença de semiologia compatível, alterações imagiológicas e isolamento microbiológico.

Descrição: Doente do sexo feminino, 44 anos, residente com companheira e filho da companheira, 6º ano de escolaridade, trabalhadora fabril reformada desde 08/11/2021, fumadora de tabaco e cannabis, antecedentes pessoais de TB na infância, depressão major recidivante e perturbação da personalidade seguida em consulta de Psiquiatria, e DPOC.

A 27/12/2019 recorreu a consulta por tosse arrastada com 2 semanas de evolução associada a toracalgia, sudorese noturna, sensação de falta de ar e febre; foi encaminhada para o Serviço de Urgência onde realizou radiografia torácica que revelou uma “condensação no hemitórax direito”. Foi requisitada TC torácica em ambulatório, executada a 03/01/2020, exibindo “no lobo inferior direito segmento apical uma cavidade com parede discretamente espessada medindo cerca de 2 cm”, sendo referenciada a consulta de Pneumologia com urgência.

Enquanto aguardava consulta de Pneumologia, recorreu 2 vezes a consulta por tosse pelo que foi encaminhada para a Área Dedicada COVID-19, com resultados de testes PCR SARS-CoV-2 negativos. Teve consulta de Pneumologia em junho/2020, com resultado BAAR +++ a 12/06/2020; iniciou antibiomas a 16/06/2020 com Rifater® (Isoniazida + Pirazinamida + Rifampicina), Etambutol e Piridoxina, recusando Toma Observada Direta. A adesão ao tratamento foi dúbia, mas verificou-se diminuição de VS ao longo do tratamento. Nesta altura, referiu contacto com doente bacilífero há cerca de 1 ano - nova exposição ou reativação da doença?

Fez vários contactos com a USF por vômitos associados ao tratamento, acentuada repercussão no estado geral: anorexia, acentuada perda de peso, ideação suicida - foi referenciada novamente a consulta de Psiquiatria.

Em nova TC torax a 06/07/20 verifica-se “uma cavitação desabitada e de parede espessada envolvendo o segmento apical do lobo inferior direito, em comunicação com o respectivo brônquio. Tem maiores eixos transversal de 4 cm e ântero-posterior de 3,4 cm”. Iniciou tratamento de manutenção em agosto/2020 por melhoria clínica e exames culturais negativos.

Teve intercorrência de Hemorragia Uterina Anormal que exigiu toma de ferro oral relacionado com mioma subse-

roso uterino com necessidade de intervenção cirúrgica, e várias consultas por ansiedade e depressão. Foi medicada em consulta de Psiquiatria com Venlafaxina, Mirtazapina e Aripiprazol.

Em novembro/2021, apresenta novas queixas de expetoração “esverdeada”, perda de peso, e toracalgia direita. Foram pedidos novos exames de imagem e colheitas da expetoração que permitiram diagnosticar uma infecção por *Micobacterium avium* complex com lesão cavitária de grandes dimensões, sendo proposto tratamento prolongado com Azitromicina, Rifampicina, Etambutol e Amicacina.

Discussão: Este caso clínico enfatiza a importância do diagnóstico diferencial que deve ser feito relativamente aos sintomas respiratórios principalmente em plena pandemia COVID. Por outro lado, mostra as dificuldades de seguimento de uma utente com doença grave e patologia psiquiátrica. Face a necessidade de um tratamento tão complexo, prolongado e com grande potencial para efeitos adversos, permanece a dúvida se o mesmo será cumprido.

PD 34

LIPOTIMIA – UMA RESPOSTA MESMO DEBAIXO DAS BARBAS DO DOENTE

Dora Ribeiro¹; Joana Balseiro¹; Carolina Nobre¹

¹USF BRIOSA

Enquadramento: A lipotimia ou pré-síncope é uma sensação transitória de desmaio iminente e pode ter variadas etiologias, tais como: reflexa (neuromediada), hipotensão ortostática (por depleção de volume, causa iatrogénica ou disfunção autonómica primária ou secundária), metabólica (hipoglicemia, hiperventilação, hipoxia ou intoxicação por álcool), cerebrovascular ou cardíaca (arritmia, cardiopatia estrutural ou doença cardiopulmonar). A lipotimia caracteriza-se por ter início rápido e resolução espontânea.

Descrição: Utente do sexo masculino, 71 anos, com risco cardiovascular elevado (antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 com início há mais de 10 anos), foi transportado para o serviço de urgência devido a episódio de lipotimia e foi observado por médica interna de Medicina Geral e Familiar. O utente referiu ter experienciado uma sensação de desmaio iminente e fraqueza muscular, cerca uma hora e meia antes, quando estava em posição ortostática após o pequeno-almoço. Negou perda de consciência ou incontinência de esfínteres e recuperou espontaneamente após alguns segundos, tendo chegado ao serviço de urgência já sem queixas. O utente descreveu que o seu pequeno-almoço havia sido idêntico ao habitual (fruta, pão com queijo e café) e, quando questionado acerca do que estava a fazer quando surgiram as queixas, respon-

deu que se sentiu prestes a desmaiar enquanto cortava a barba. O exame objetivo, o controlo analítico e o ECG não revelaram qualquer alteração e o utente teve alta com o diagnóstico de lipotimia por massagem do seio carotídeo.

Discussão: A pressão do seio carotídeo, devido a tumores, a colarinhos apertados ou até mesmo ao ato de cortar a barba, pode estar na origem de episódios de lipotimia ou síncope. Sem ser questionado, o utente não havia descrito a atividade que realizava quando surgiram os sintomas. Serve este caso para recordar a importância da anamnese detalhada, tanto em consulta médica como num serviço de urgência. Perante síncope ou lipotimia, devem ser averiguadas as circunstâncias da queixa, a sua duração, outros sintomas concomitantes e o estado geral após a perda de conhecimentos, se a mesma tiver acontecido. A normalidade do exame objetivo e dos métodos complementares de diagnóstico realizados, associada ao contexto de estimulação vagal aquando do corte da barba, corroboraram o diagnóstico de lipotimia por pressão do seio carotídeo. Acresce o facto de o utente ser idoso do sexo masculino e com patologia cardiovascular crónica, que são fatores de risco para hiperssensibilidade do seio carotídeo. Ainda assim, é prudente uma articulação com os cuidados de saúde primários, devendo o utente ser reavaliado a curto prazo pelo seu médico de família com eventual realização de exames complementares de diagnóstico cardíacos e carotídeos, se os achados clínicos o justificarem.

PD 35

NEM TUDO SÃO NEVOS

Margarida Martins¹

¹USF Descobrimentos

Introdução: O carcinoma basocelular (ou basalioma) é um tumor primário da pele, localmente destrutivo e, por isso, caracteristicamente maligno, ainda que não produza metástases. Esta lesão afeta caracteristicamente as faixas etárias mais velhas, mas a suspeita diagnóstica também deve ser levantada em faixas etárias mais jovens, principalmente se tivermos em conta que o basalioma pode assumir várias formas e fazer diagnóstico diferencial com diferentes tipos de lesões, nomeadamente nevos melanocíticos.

Descrição: No âmbito da formação complementar opcional em Dermatologia, pode constatar o diagnóstico histológico confirmatório de várias lesões observadas em consulta, muitas delas fazendo diagnóstico diferencial com nevos melanocíticos.

No caso em questão, trata-se de uma mulher, de 32 anos, fumadora, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, que recorreu à consulta do seu médico de família pelo

aparecimento de uma lesão na face com um ano de evolução. Ao exame objetivo, observava-se lesão papulosa hemisférica, com cerca de 7 mm de diâmetro, de superfície lisa, telangiectásica, na região geniana direita.

O médico de família tirou foto e enviou para consulta de Dermatologia na qual, depois de observada, se decidiu realizar excisão parcial da lesão no bloco de cirurgia ambulatória por diagnóstico diferencial entre nevo melanocítico e basalioma.

Depois da análise em laboratório anatomopatológico, o relatório correspondente relata a seguinte conclusão:

“Diagnóstico anátomo-patológico: Carcinoma basocelular de tipo nodular focalmente pigmentado. Uma das margens laterais de excisão intercepta a lesão.”

Posteriormente à análise do relatório, a dente foi novamente convocada para cirurgia ambulatória para alargamento de margens.

Conclusão: Os carcinomas basocelulares podem classificar-se de acordo com a sua morfologia, sendo o tipo Nodular a formação clínica mais frequente.

Através deste caso clínico, conclui-se que, apesar idade, o facto de se apresentar na face com telangiectasias, deve levantar a suspeita de basalioma e o seu diagnóstico deve, portanto, ser confirmado.

PD 36

UM EDEMA QUE VIAJA...

César Matos¹; Francisco Antunes²; Daniela Malta²

¹UCSP Tábuca; ²UCSP Azeitão

Introdução: Angioedema caracteriza-se por um edema abrupto profundo do tecido subcutâneo ou da mucosa devido ao aumento da permeabilidade vascular, incluindo do trato respiratório superior e gastrointestinal, que normalmente dura entre horas a 3 dias. Os tecidos envolvidos depois retornam ao normal. Os locais de predileção incluem a face, mãos, pés e genitais. O edema dos lábios e olhos (periorbital) são os mais comuns. Pode ocorrer com ou sem urticária, ou pode ser recorrente secundária a fatores desencadeantes como trauma, medicamentos, doenças autoimunes, stress físico ou psíquico. O angioedema grave pode comprometer a permeabilidade das vias aéreas. Evitar estímulos desencadeantes conhecidos é a principal estratégia em qualquer tratamento.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 45 anos, informático, apresentou edemas de início súbito, recorrentes e migratórios em diferentes partes do corpo, com poucas horas de evolução e com resolução em 2-3h, pouco pruriginosos ou dolorosos. Com duas idas ao serviço de urgência nas últimas 4 semanas há data da consulta, medicado com

prednisolona em diferentes esquemas, bilastina em altas doses, com melhoria sintomática, mas com recidiva após alguns dias do término da medicação. Sem antecedentes de relevo ou história de episódios anteriores semelhante, sem história viagens para países de risco de doenças infecciosas ou consumo de alimentos não cozinhados. Na exploração da história clínica, referia andar bastante stressado com o trabalho intenso que agravou com o teletrabalho e contacto constante, não conseguia descansar durante o sono, sonhava muito, sono muito fragmentado e acordava com os pensamentos acelerados sobre a sua atividade profissional. Na análise da cronologia dos edemas verificou-se particular associação com os despertares noturnos e com episódios de palpitações associadas a episódios laborais. Com estes edemas deixou de conduzir carro ou andar de mota por exemplo. Realizou vários estudos analíticos e exames complementares de diagnóstico, sem alterações de relevo. Estabeleceu-se como hipótese de diagnóstico uma possível reação ao stress, foi medicado com quetiapina à noite e propranolol 10 mg fixo de manhã e em sos, foi passado certificado de incapacidade temporário e aconselhado a realizar ajustes com a entidade patronal. Neste período e posteriormente o doente refere que passou a dormir melhor e sem novos episódios de angioedema “migratória”, com a medicação prescrita, tendo sido colocada a hipótese de diagnóstico de angioedema com trigger o stress o stress como deencadeante. O diagnóstico foi confirmado posteriormente por imunoalergologia.

Conclusão: Certos fatores podem aumentar o risco de desenvolver angioedema, como a história anterior de angioedema ou urticária, alergias, história familiar, mudanças de temperatura, stress ou ansiedade e lesão. Este caso é digno de menção, pois na nossa opinião não há evidência de qualquer causa, o único fator identificado é o stress. O nosso objetivo foi alertar o facto do stress ser um potencial fator desencadeante para angioedema. É importante para uma terapêutica médica correta, o médico na história clínica questionar o papel do stress na precipitação do angioedema. É também benéfico para o doente o apoio psicossocial e a promover a mudança de ambiente stressante.

PD 37

HEMATÚRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Moreira Pinto¹; Ana Escola¹

¹UCSP Torres Vedras

Introdução: As alterações das características da urina constituem um motivo frequente de consulta em contexto de cuidados de saúde primários. A hematúria confirmada, pela potencial associação a processos patológicos graves

em cerca de 10 a 40% dos casos, deve ser sempre alvo de investigação. Parâmetros individuais como a idade avançada, sexo masculino, exposição ao fumo do tabaco e a toxinas ambientais em indivíduos com macrohematúria são descritos como factores de risco para entidades nosológicas potencialmente malignas.

Descrição: Utente de 61 anos, sexo feminino, caucasiana, com história pessoal de rinite alérgica, doença pulmonar obstrutiva crónica, tabagismo activo, mal formação vascular medular embolizada, hipotiroidismo, hipertensão arterial e obesidade. Medicada habitualmente com atorvastatina, 20 mg; valsartan, 80 mg; budesonida + formoterol, 160 µg/dose + 4.5 µg/dos; levotiroxina sódica, 0.125 mg; panto-prazol, 20 mg.

A 14 de Dezembro de 2020 a utente recorreu a consulta do dia no centro de saúde por hematúria macroscópica desde há 1 semana após exame com contraste (angiografia). Negava sintomas de dor lombar, dor abdominal, febre, disúria e urgência miccional. Foram pedidos diversos exames imagiológicos (ecografia, vesical, ginecológica, renal e supra-renal) e avaliação analítica (hemograma completo, função renal, função tiroideia, ionograma, glicose, provas de coagulação, urocultura, análise da urina).

Analiticamente a utente apresentava hematúria, nitritos e leucócitos na urina; urocultura positiva para *Escherichia coli*; sem alteração das restantes análises.

A ecografia renal e supra-renal revelava “alterações da estrutura da zona média e superior do rim esquerdo onde parece existir uma hipertrofia de uma coluna de Bertin observando-se alterações também da ecogenicidade de forma difusa”. Face aos resultados iniciou-se antibioterapia e foi feito pedido de tomografia renal.

Este exame revelou que o rim esquerdo apresentava uma “massa lobulada hipodensa localizada no sistema excretor que realça com contraste pelo que parece se tratar de uma lesão sólida intraluminal pelo que é compatível com uma neoplasia atípica urotelial das células transicionais. Nos cortes tardios observa-se amputação do grande cálice superior que compromete a metade superior do rim e embora seja menos provável não se exclui totalmente a hipótese de pielonefrite xanto granulomatosa com tecido fibra-adiposo.” A utente foi então referenciada consulta de urologia onde foi posteriormente internada com o diagnóstico confirmado de carcinoma urotelial e submetida a nefroureterectomia esquerda paliativa em outubro de 2021.

Conclusão: O estudo das causas de hematúria pode ser desafiante. Neste caso foi necessário o pedido de diversos exames complementares uma vez que a única manifestação clínica era a hematúria. O médico de família, gestor de

“múltiplas afecções que se apresentam de forma indiferenciada num estágio precoce do seu desenvolvimento”, teve neste caso um papel fulcral no estudo etiológico e orientação para cuidados hospitalares.

PD 38

UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE DOR ABDOMINAL

Margarida Moreira Pinto¹; Ana Escola¹

¹UCSP Torres Vedras

Introdução: A síndrome quebra-nozes é uma condição pouco frequente, com apresentação inespecífica (dor abdominal e/ou lombar esquerda, podendo incluir proteinúria e hematuria). Geralmente resulta da compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior contra a aorta. O diagnóstico é clínico e imagiológico, após exclusão de outras patologias.

Descrição: Utente de 22 anos, sexo feminino, recorreu a consulta aguda no centro de saúde por dor abdominal súbita e generalizada, com poucas horas de evolução e sem posição de alívio. Referia um episódio de vômito e negava alteração do trânsito intestinal, febre, disúria. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, medicada habitualmente com contraceptivo oral combinado. Ao exame objetivo destacava-se a palpação abdominal dolorosa em todos os quadrantes e a presença do sinal Blumberg positivo.

Face ao quadro clínico a utente, colocada a hipótese diagnóstica de apendicite aguda, foi encaminhada para o serviço de urgência onde realizou tomografia computadorizada abdominopélvica que destacava “A veia renal esquerda quando cruza por baixo da artéria mesentérica superior apresenta diminuição significativa do seu calibre, achado este que pode correlacionar-se com síndrome de “quebra nozes”.” Sem alterações analíticas relevantes. Após terapêutica analgésica e resolução do quadro, a utente teve alta orientada para os cuidados de saúde primários. Excluídas outras causas de dor abdominal, a utente foi referenciada e avaliada em consulta de cirurgia vascular.

Conclusão: A síndrome quebra-nozes é uma patologia incomum e provavelmente subdiagnosticada. Neste caso a utente não apresentava o quadro clínico mais típico da síndrome quebra-nozes (dor lombar, hematuria e/ou proteinúria). Para além dos achados imagiológicos, este diagnóstico foi sugerido após exclusão de outras doenças, nomeadamente apendicite aguda ou cólica renal. Com este caso pretende-se a sensibilização para causas incomuns para sintomas frequentemente abordados a nível dos cuidados de saúde primários.

PD 39

NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA POR ALOPURINOL

Mariana Abrahams¹

¹USF GAMA

Os autores apresentam o caso de um homem de 54 anos com antecedentes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Hipericitemia. Sem antecedentes familiares de relevo e sem alergias conhecidas.

Foi observado em consulta de saúde do adultos – vigilância hipertensão onde foram feitas análises laboratoriais que evidenciam ácido úrico de 14 mg/dL.

Optou-se por iniciar alopurinol 300 mg/dL dia.

Após o 5 dia de terapêutica, inicia um quadro de mal-estar geral, mialgias, dor de garganta e febre, o exame objetivo evidencia Tº 38,5, TA 135/78 mmHg, FC 88 bpm, hipere-mia orofaríngea, sem outro foco aparente, pelo que é medicado sintomaticamente.

É reavaliado ao 3º dia de doença, onde nota-se agravamento do quadro, são pedidas análises que evidenciaram elevação dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi encaminhado ao Serviço de Urgência.

No serviço de urgência foi admitido com um quadro de febre de origem a esclarecer, no 4º dia de internamento, agrava com aparição de lesões bolhosas na mucosa da oral, dorso e membros superiores. Por manter evolução rápida foi contactada dermatologia que admite necrólise epidérmica tóxica secundário à alopurinol.

Foi transferido à Unidade de Queimados onde foi confirmado Síndrome Lyell dado o grau de atingimento.

Após 10 dias de internamento na unidade de queimados o doente falece por intercorrência infecciosa e sem resolução do quadro dermatológico.

A propósito do caso é feita uma revisão dos fármacos de uso frequente que podem desencadear reações dermatológicas graves e da importância de valorizar a introdução novos fármacos no diagnóstico diferencial.

PD 40

UMA CRIANÇA COM “MAU CHEIRO”

Joana Costa Almeida¹; Rita Benzinho¹; Rute Marques¹;

Diana Gonçalves¹; Maria José Marques¹

¹USF Ars Médica

Introdução: A presença de corpos estranhos (CE) nas cavidades nasais em idade pediátrica é um motivo frequente de recurso aos cuidados de saúde secundários, surgindo mais raramente nos cuidados de saúde primários (CSP). Ocorre mais frequentemente em crianças entre os 2 a 5 anos de idade. O tempo de permanência do CE nas cavidades nasais determina a sintomatologia do doente. Inicialmente, a

criança pode não apresentar qualquer sintomatologia. Contudo, após alguns dias de permanência do CE na cavidade nasal, pode apresentar rinorreia mucopurulenta unilateral com odor fétido, epistáxis, esternutos, dor ou obstrução nasal.

Este caso alerta-nos para o desafio diagnóstico da presença de CE na cavidade nasal em idade pediátrica, bem como para a importância da colaboração dos pais na colheita de anamnese e orientação do exame objetivo, de forma a chegar ao diagnóstico definitivo.

Descrição: Uma menina de 25 meses, saudável e com normal desenvolvimento psico-motor, recorreu à consulta aberta com a mãe por apresentar, desde há duas semanas, um “mau cheiro” intenso e constante na face, sem causa aparente. À observação objetivou-se rinorreia serosa bilateral discreta e halitose fétida pronunciada. Foi-lhe prescrito anti-histamínico e lavagem nasal com soro fisiológico para eventual processo alérgico e agendada nova consulta de reavaliação na semana seguinte. Na consulta de reavaliação, a mãe descreveu novamente um “mau odor” intenso na face da criança, constante, que passava inclusive para as roupas que a menina usava, para os brinquedos com os quais brincava e para o quarto onde dormia. A mãe não tinha verificado quaisquer melhorias com a terapêutica instituída, referindo que o odor estava cada vez mais acentuado, o que a preocupava. Após nova avaliação clínica em tudo sobreponível à anterior, optou-se pela referenciação à consulta de Otorrinolaringologia para exclusão de eventual CE nasal que pudesse justificar o odor fétido. Na avaliação em consulta da especialidade foi removida, por rinoscopia anterior, uma esponja da fossa-nasal direita. A remoção da esponja resolveu por completo os sintomas apresentados.

Conclusão: A introdução de CE nasais nas crianças nem sempre é presenciada por um adulto ou relatada pela criança, o que pode dificultar o seu diagnóstico. É importante manter um alto grau de suspeição diagnóstica e identificar possíveis situações que motivem referenciação à consulta ou serviço de urgência de otorrinolaringologia. Neste caso, a insistência e preocupação constantes da mãe acerca da sintomatologia apresentada pela filha orientaram o exame objetivo e raciocínio clínico médico. Para a Medicina Geral e Familiar, a empatia, escuta ativa e participação do doente na consulta, a par com uma abordagem holística da pessoa, são componentes fundamentais na relação médico-doente e orientam o médico no processo de tomada de decisões conducentes ao diagnóstico. Neste caso clínico, revelaram-se imprescindíveis para chegar ao diagnóstico final.

PD 41

DERRAME PERICÁRDICO GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOTIROIDISMO

Oleksandra Umanets¹; Tânia Leandro¹

¹USF Arandis

Introdução: O hipotiroidismo é uma doença sistémica, que afecta cerca de 10% das mulheres e 6% dos homens. O hipotiroidismo primário é o tipo mais comum, caracterizado pelo aumento da hormona estimulante da tiroide (TSH) e da redução dos níveis de tiroxina livre (T4 L) no sangue. Os sinais e os sintomas deste tipo de hipotiroidismo são regra geral discretos e insidiosos. Vários órgãos e sistemas podem ser afectados devido a diminuição da taxa metabólica basal, nomeadamente o aparelho cardiovascular. Para além da bradicardia, as manifestações cardíacas atípicas e graves podem ser o derrame pericárdio e a cardiomegalia.

Descrição: Homem de 55 anos, caucasiano. Antecedentes de glaucoma do olho direito submetido a cirurgia em 2019. É praticante de atividade física diária intensa, nomeadamente a corrida e o ciclismo. Sem outros antecedentes de relevo. Recorreu a consulta de doença aguda, em outubro de 2020, por indicação do oftalmologista, por um quadro de astenia progressiva e aparentemente icterícia com ligeira alteração do valor de AST nas análises. Doente relatou redução significativa da sua capacidade para realizar as suas atividades desportivas devido ao cansaço extremo. Ao exame objetivo aparentava palidez e escleróticas anictéricas. Foram solicitadas análises com hemograma, função hepática, bilirrubinas, TSH e ecografia abdominal. No dia 16 de novembro retomou a consulta, as suas análises revelaram uma TSH de 94,24 e achados ecográficos no fígado de formações nodulares hiperecóticas de contornos regulares. Neste contexto iniciou-se imediatamente a toma de levotiroxina 0,025 mg e foram pedidas novas análises, ecografia da tiroide e TC toraco-abdominal, bem como encaminhamento para a endocrinologia. A TC realizada revelou achados de cardiomegalia e volumoso derrame pericárdico e confirmou hemangiomas no fígado. A ecografia da tiroide revelou status pós-tiroidite. Por este motivo, foi solicitado ecocardiograma urgente e posterior avaliação por cardiologia. Entretanto, o doente foi contactado pela endocrinologia para reajuste das doses de levotiroxina. O cardiologista, após a realização de ECG e ecocardiograma, constatou uma bradicardia sinusal acentuada e derrame pericardico moderado, sem compromisso hemodinâmico, eventualmente relacionáveis com hipotiroidismo. Um ano após o início do quadro o utente refere que recuperou totalmente a sua capacidade para o exercício físico prévio e que planeia no futuro próximo correr a meia maratona. Atualmente já teve

alta da endocrinologia, medicado com levotiroxina 0,100 de segunda-feira a sexta-feira e 0,112 ao fim-de-semana. O último ecocardiograma revela apenas uma fina lamina de derrame pericárdico.

Conclusão: Com este relato de caso pretende-se alertar para o facto, de para além do hipotiroidismo ser uma patologia mais rara nos homens, este também pode provocar doença cardíaca que se pode manifestar silenciosamente através de sintomas simples como o cansaço. Destacando assim a importância de fazermos despiste de patologia tiroidea no sexo masculino e também em doentes com patologia cardíaca.

PD 42

DOSE DE REFORÇO DA VACINA CONTRA A COVID-19 – MOTIVOS DE RECUSA NUM INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

Rui Alexandre Lacerda e Cunha¹; Carlos Ochoa²; Lisa Pires²; Manuel Morais²; Rui Costa²; Diana Rocha²; Inês Vasques²; João Bento²; Luís Rocha²

¹*Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.*

²*Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E*

A OMS declarou a COVID-19, doença causada pela SARS-CoV-2, uma pandemia a 11 de março de 2020. Por este motivo, de forma a combater a pandemia, foram desenvolvidas e administradas vacinas contra a COVID-19 a uma velocidade sem precedentes.

Embora um terço da população da União Europeia ainda não estivesse vacinada no início de outubro de 2021, já estava em discussão pública a necessidade de administração de doses de reforço das vacinas contra a COVID-19.

Atualmente existe alguma evidência preliminar acerca do acréscimo de eficácia da dose de reforço, no que diz respeito à proteção contra a COVID-19 grave, bem como a diminuição do risco de transmissibilidade. Contudo, a incerteza social quanto à eficácia e segurança da vacina, pode estar associada à redução da motivação da população para tomar a dose de reforço.

Assim, na primeira fase de vacinação da dose de reforço contra a COVID-19, foi realizado um estudo no IPO Porto, onde foram identificados os profissionais de saúde (PS) que recusaram a dose de reforço. Em seguida, foi realizado um inquérito por via telefónica para registar os motivos da recusa. Nesta primeira fase de vacinação, foram administradas 1376 doses de reforço da vacina BNT162b2, tendo sido recusada por 57 PS. Foram excluídos os profissionais com infeção por SARS-CoV-2 ou esquema vacinal completo inferior a 5 meses.

Dos 57 PS incluídos no estudo, cerca de 93% eram do sexo feminino e 7% do sexo masculino. Relativamente à catego-

ria profissional, foram os enfermeiros e os assistentes operacionais quem mais recusaram a administração da vacina (54,4% e 28,1% respetivamente), contudo são também as categorias profissionais mais prevalentes da instituição. Os 15 PS reportaram mais do que um motivo de hesitação.

Os principais motivos de recusa foram por doença aguda, maioritariamente sintomas gripais (29,8%); por hesitação (26,3%); por ausência ao trabalho por estar com certificado incapacidade temporária (17,5%); por gravidez (10,5%) e gravidez de risco (5,2%). Os restantes motivos, menos frequentes, foram: ausência devido a férias (3,5%); vacinação rubéola recente (1,8%); doença auto-imune a realizar imunossuppressores (1,8%), aborto espontâneo recente (1,8%) e período de amamentação (1,8%).

Relativamente aos motivos de hesitação, estes deveram-se a efeitos adversos no esquema vacinal anterior (31,3%), por considerar precoce a administração da dose de reforço (15,6%), dúvidas quanto ao acréscimo de eficácia da dose de reforço (12,5%), receio de implicações a curto e longo-prazo na saúde (12,5%), não considerar estar num grupo de risco (12,5%), dúvidas quanto à segurança (9,4%), bem como efeitos adversos da dose de reforço em colegas de trabalho e/ou familiares (6,3%).

Deste modo, conclui-se que houve um reduzido número de PS que recusaram a dose de reforço. No total dos 1468 profissionais convocados, 57 recusaram, correspondendo a cerca de 3,9%.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de em Portugal existir uma campanha de informação da população acerca da eficácia e segurança da vacina através dos meios de comunicação social. É notável o grande investimento na construção e adaptação de espaços para centros de vacinação a todas as regiões do país, contribuindo assim para excelentes resultados na cobertura vacinal da população portuguesa. Além disso, o serviço de Medicina do Trabalho esclareceu os PS e acompanhou o processo de vacinação na instituição, como já havia acontecido no processo de vacinação anterior (tendo havido 92% de profissionais de saúde vacinados na instituição), garantindo a informação e segurança.

PD 43

VACINAÇÃO PNEUMOCÓCICA EM DOENTES DIABÉTICOS – UM PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE

Diogo Romano¹; Patrícia Moreira¹; Rafael Sequeira¹;
Luciana Romano²; Cláudia Coelho¹; Mónica Martins¹
¹USF Fénix; ²USF Alfena

Introdução: O mediatismo associado a vacinação COVID-19, em 2020, gerou uma reflexão por parte dos doentes e profissionais de saúde para outras patologias crónicas e a necessidade de cumprir a vacinação de forma a evitar o aumento da morbidade e doença invasiva. A diabetes mellitus (DM) tem um risco acrescido de desenvolvimento de infecção pneumocócica invasiva, sendo recomendada na população adulta a vacina pneumocócica polissacárida 23-valente (VPP23) e a vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13).

Objetivos: Avaliar a cobertura vacinal dos doentes diabéticos com vacina pneumocócica e sensibilizar a prescrição do esquema completo, mediante a possibilidade dos doentes.

Materiais e métodos: Realizado um estudo descritivo, transversal e retrospectivo de melhoria da qualidade entre o ano de 2020 e 2021. Através do MIM@UF[®], obtenção de listagem dos utentes diabéticos, com codificação T90 – Diabetes não insulino-dependente ou T89 – Diabetes insulino-dependente. Foram definidos como critérios de exclusão: idade inferior a 18 anos e esquema vacinal completo. Após colheita de dados foi realizada apresentação de protocolo de atuação em reunião multidisciplinar da unidade, com disponibilização de listagens, e re-analisados os dados após um ano, com recordatórias intercalares em reuniões de serviço.

Resultados: Na unidade de saúde, foram contabilizados 1168 diabéticos, acima dos 18 anos, sendo que 15% apresentava esquema vacinal completo. Com apenas uma dose de vacina, VPC13 ou VPP23, verificava-se uma cobertura inicial de 26,8% (n=313). A grande maioria, cerca de 58,2% (n=680) não tinha qualquer dose. Após o ano de intervenção com o protocolo de melhoria de qualidade da cobertura vacinal, verificou-se que dos utentes com uma dose inicial, 97,4% (n=305) tinha completado o esquema. Dos doentes sem nenhuma das vacinas prescrita conseguiu-se um aumento de 17% (n=116) na prescrição de esquema vacinal.

Conclusões: A vacinação anti-pneumocócica afigura-se como a principal forma de proteção das populações em risco para a doença pneumocócica. Apesar de ser uma vacina comparticipada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem um preço aquém da possibilidade de muitos doentes. Os médicos de família têm um papel privilegiado no acompa-

nhamento e seguimento do doente crónico, conhecendo o seu contexto biopsicossocial, permitindo uma maior sensibilidade na gestão de cuidados, que apesar de muitas vezes necessários, não são possíveis.

PD 45

RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL – QUE CONTROLO, AFINAL?

Ana Catarina Esteves¹; Gonçalo Botelho¹; Jenifer Rua¹;
Isabel Tavares¹; Maria Mendes¹
¹USF Conde de Oeiras

Introdução: A doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA) é uma causa maior de morbimortalidade. Apesar de identificados os seus fatores de risco, estes frequentemente não se encontram controlados e a prevalência de estilos de vida não saudáveis é elevada. O risco cardiovascular nos doentes com DCVA é, por definição, considerado muito elevado, o que significa a necessidade de tratamento ativo dos seus fatores de risco e otimização da sua terapêutica, nomeadamente anti-dislipidemiante, de maneira a evitar novos eventos CV. Na Unidade de Saúde Familiar (USF) em estudo, apenas 18.5% dos utentes com risco CV muito alto apresentavam LDL no valor alvo. A inércia terapêutica do médico, a necessidade de formação contínua sobre risco CV e terapêutica anti-dislipidemiante e, a escassa literacia em saúde que alimenta alguns mitos da terapêutica anti-dislipidemiante podem destacar-se como fatores predisponentes para estes resultados.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é otimizar o controlo dos valores de C-LDL através de um projeto de melhoria da qualidade que pretende incidir sobre a inércia terapêutica, a necessidade de formação sobre risco cardiovascular e terapêutica anti-dislipidemiante e a escassa literacia em saúde sobre o tema.

Material e métodos: O presente projeto trata-se de uma melhoria de qualidade, e baseia-se na metodologia PDCA (Plan, Do, Check, Act). O plano de ação é constituído por três partes: sessão formativa aos profissionais de saúde sobre as *guidelines* mais recentes sobre risco cardiovascular (ESC 2021) e dislipidemia (ESC 2019); proposta de registo do risco CV do utente no SCLinico, valor C-LDL atual e alvo e possível causa de valor fora do alvo; e elaboração de folheto informativo sobre mitos associados à terapêutica e a sua importância, para entregar aos utentes resistentes à toma da medicação. A auditoria aos valores de C-LDL em doentes com risco CV muito alto decorrerá em outubro de 2022 de forma a identificar o desvio da norma e se agir de novo de forma a melhorar o controlo do C-LDL.

Resultados e conclusões: Face ao tempo previsto até à

próxima auditoria, espera-se uma melhoria dos resultados de 18.5% para 30% dos utentes com valor C-LDL dentro do alvo. A boa adesão à formação sobre as *guidelines* e à proposta de registo no SClínico serão duas formas de combater a falta de informação e a inércia terapêutica por funcionarem como lembrete em cada consulta. A entrega dos folhetos informativos aos utentes com discussão da informação em consulta ajudará a combater a resistência ao início da terapêutica anti-dislipidemiante ou a adesão à terapêutica se já instituída. Deverão ainda existir outros fatores que influenciam o controlo do valor de C-LDL que poderão ser avaliados e explorados em futuras auditorias.

PD 46

PERTURBAÇÃO DA COMPULSÃO ALIMENTAR: REVISÃO DA DEFINIÇÃO, ABORDAGEM E TRATAMENTO

Bruna Filipa Vilaça Rodrigues¹

¹USF São Vicente

Introdução: As perturbações do comportamento alimentar são doenças crónicas e de difícil tratamento, com consequências a nível psicológico, social e físico dos utentes. A perturbação da compulsão alimentar (PCA) é a mais prevalente, afetando 2 a 5% da população. Assim, é muito provável que os médicos dos Cuidados de Saúde Primários se deparem com esta perturbação regularmente, e por isso devem conhecer a abordagem mais correta e o tratamento mais efetivo.

Objetivo(s): rever a evidência atualmente disponível sobre a PCA, relativamente à sua definição, epidemiologia, fisiopatologia, fatores de risco, abordagem diagnóstica e terapêutica.

Metodologia: Revisão não sistemática da literatura através da pesquisa de artigos publicados na MEDLINE e em sítios de medicina baseada na evidência, incluindo 23 referências bibliográficas.

Resultados: A PCA é uma patologia complexa que afeta seriamente a autoestima dos utentes. Esta patologia é considerada uma síndrome autónoma desde 2013, com critérios bem definidos pelo *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-5). É necessária uma anamnese extensa associada a uma avaliação psicológica e exame físico, com recurso a algumas ferramentas de auxílio, como a *Binge Eating Scale* (BES). Dos tratamentos estudados, apenas alguns revelaram eficácia na remissão dos episódios, designadamente a terapia cognitiva-comportamental, a psicoterapia interpessoal e a terapia comportamental dialéctica, que podem ser associadas à terapia farmacológica, nos casos moderados a graves. Dentro desta última, o dimetilato de lisdexanfetamina, recentemente aprovado pela *Food and*

Drug Administration (FDA), demonstrou eficácia na redução dos episódios de compulsão alimentar e na redução do peso. Qualquer destes tratamentos deve ser aliado à mudança comportamental do indivíduo no que diz respeito aos padrões alimentares e prática de exercício físico.

Discussão: O tratamento é multidisciplinar e deve envolver o médico assistente, psiquiatra, psicólogo e nutricionista. O papel do médico de família, não se cinge apenas ao diagnóstico e referência dos utentes para os cuidados de saúde especializados. Devem também estar disponíveis para prestar apoio, integrar a informação proveniente dos vários profissionais e reforçar positivamente as mudanças comportamentais do indivíduo, promovendo a autoeficácia e compromisso do utente.

Palavras-chave: Perturbação da compulsão alimentar/definição; Perturbação da compulsão alimentar/diagnóstico; Perturbação da compulsão alimentar/tratamento; obesidade.

PD 47

VACINA DA MALÁRIA: UM PROBLEMA GLOBAL COM UMA NOVA ALIADA NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Sílvia Pimenta¹; Alina Avelar¹; Eloísa Domingos¹;

Miguel Rodrigues¹; Paulo Correia¹; Paulo Sousa¹

¹Escola Nacional de Saúde Pública

Introdução: A malária permanece atualmente como uma das doenças infecciosas com mais impacto a nível global, apesar dos vários objetivos atingidos na última década com o esforço coletivo de vários países e instituições. A prevenção e tratamento da malária continuam a ser as medidas mais importantes para diminuir a mortalidade e morbilidade associadas a esta doença.

Objetivos: Com este projeto pretendemos conhecer o impacto das medidas tomadas nos últimos anos, assim como os efeitos pela pandemia por COVID-19 e a pesquisa das vacinas contra a malária.

Métodos: Este trabalho teve como base uma revisão narrativa através de um estudo exploratório da literatura científica, com seleção de artigos e guias técnicos de entidades internacionais.

Resultados: Na maioria dos países onde a malária é endémica, a doença afeta predominantemente pessoas desfavorecidas que têm acesso limitado a cuidados de saúde, com dificuldade em pagar o tratamento necessário. Das mortes por malária, 30% ocorrem em zonas de guerra, instabilidade social e desastres naturais, sendo os países da África Sub-sariana os mais afetados. A malária é assim simultaneamente causa e consequência da pobreza e iniquidade existente nestes países. A pandemia por COVID-19 veio trazer novos

desafios relativamente à distribuição de meios de diagnóstico, prevenção e tratamento mas, simultaneamente, mostrou que com esforço coletivo e organizado se conseguem atingir notáveis avanços, destacando a importância de enfrentar os determinantes mais amplos de uma doença. A vacina RT-S,S recomendada em Outubro de 2021 pela Organização Mundial da Saúde, vem traçar um novo rumo da malária, contribuindo potencialmente para a sua erradicação.

Conclusão: O caminho a percorrer no combate a esta doença avizinha-se ainda longo, mas com a implementação de medidas globalmente, com especial investimento nos países mais pobres, e com as novas ferramentas ao dispor como as vacinas, será possível atingir os objetivos definidos para as próximas décadas. O mesmo compromisso aplicado na atual pandemia deve ser usado agora para erradicar uma antiga doença endêmica, não apenas para salvar vidas, mas também para contribuir para um mundo mais saudável e justo para todos.

PD 48

DISFUNÇÃO SEXUAL EM CICLISTAS

Ruben Carlos¹

¹USF-Âncora

Introdução: Nos dias de hoje o ciclismo é uma atividade física praticada por muitos Portugueses. Contudo, o ciclismo para além dos benefícios que traz através da atividade física, traz também alguns riscos para a saúde nomeadamente no que toca a patologia urogenital.

Objetivos: Os objetivos deste trabalho são expor a problemática da disfunção sexual que pode advir da prática desta modalidade e dar a conhecer estratégias para a sua prevenção.

Material e métodos: Revisão da literatura na plataforma *Pubmed* por artigos em inglês, publicados nos últimos dez anos. Pesquisa efetuada pelos termos *urogenital pathology* e *cycling*. Foram obtidos 79 artigos, foram seleccionados 6 com base na relevância do título e resumo.

Resultados e conclusões: De acordo com a literatura disponível constata-se que há diversas patologias urogenitais que parecem estar ligadas à prática desta modalidade, das quais se destaca a disfunção sexual, decorrente do sintoma urogenital mais prevalente em praticantes de ambos os sexos, a dormência genital. Os mecanismos responsáveis por este sintoma julga-se serem a compressão do nervo podendo ao nível do canal de Alcock e traumatismos perineais. Factores que parecem ter elevada importância no que toca à compressão do nervo podendo são a posição do ciclista na bicicleta, o tipo de selim e a altura do guiador. No que toca a traumatismos perineais o ciclismo de montanha

apresenta-se como maior factor de risco face ao ciclismo de estrada, pelo que é importante no caso das bicicletas de montanha ter atenção ao tipo de suspensão de modo a diminuir a vibração do selim e desse modo a ocorrência de microtraumas. Com vista a diminuir os sintomas e a ocorrência de disfunção sexual em praticantes de ciclismo recomenda-se o uso de um selim de base larga, sem nariz, um guiador de altura superior ao selim, uma posição mais vertical do ciclista na bicicleta, uma suspensão dupla no caso das bicicletas de montanha e uma alternância frequente entre a posição de pedalar sentado e em pé. Em conclusão, muitos médicos de família em Portugal possuem na sua lista de utentes, praticantes de ciclismo pelo que através deste trabalho pode-se constatar a importância de estar alerta para as patologias urogenitais decorrentes desta prática e também adquirir conhecimentos no campo da prevenção e educação para a saúde.

PD 50

INFEÇÃO BACTERIANA VS VÍRICA, A IMPORTÂNCIA DO TDAR

Inês Pessoa Pinheiro¹

¹USF Santos Pousada

Introdução: A amigdalite aguda é uma causa frequente de observação médica. Esta pode ter diferentes etiologias e, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), na idade pediátrica, o diagnóstico não deve ser baseado exclusivamente na epidemiologia e manifestações clínicas, pois nem sempre é fácil distinguir entre agente viral ou bacteriano e, por isso, é recomendada a identificação do *Streptococcus* do grupo A para a prescrição de antibioterapia.

Objetivo: Verificar o impacto do teste TDAR no diagnóstico de amigdalite aguda e o impacto na prescrição de antibioterapia nesta etiologia.

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa na *Pubmed* com os termos MESH *Streptococcus pyogenes*, *Pediatrics*, *Tonsillitis* e foram seleccionados os artigos publicados nos últimos 5 anos. Esta pesquisa foi complementada com informação obtida de forma manual em Normas de Orientação Clínica da DGS, UpToDate e na Revista Ata Médica Portuguesa.

Resultados e conclusões: Os exames complementares de diagnóstico são essenciais para uma melhor abordagem em determinadas patologias, diminuindo a terapêutica instituída que por vezes é inadequada e diminuindo as admissões hospitalares.

Mesmo na presença de clínica fortemente sugestiva de patologia vírica ou de manifestações cutâneas associadas à amigdalite bacteriana, as dúvidas podem surgir.

Verifica-se uma prescrição de antibióticos em número excessivo ao necessário na patologia amigdalina aguda. Assim, se o teste de diagnóstico antigénico rápido (TDAR) estivesse mais disponível a nível de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Serviços de Urgência (SU), poder-se-ia reduzir a prescrição de antibióticos o que seria importante em termos de iatrogenia e resistências bacterianas, sendo este um parâmetro mais difícil de quantificar.

Apesar de se verificar a importância dos TDAR para a melhor abordagem aos doentes com amigdalite, serão necessários mais estudos para corroborar a sua ampla disponibilidade nos CSP e SU, nomeadamente em termos custo vs benefício.

PD 51

ENXAQUECA – A NORMALIZAÇÃO DE UM PROBLEMA

Cláudia Ribeiro Ferreira¹

¹ACES Loures Odivelas

Introdução: A enxaqueca é uma doença episódica, cuja principal característica é a cefaleia intensa, podendo ser acompanhada de náuseas, vômitos e intolerância a estímulos sensoriais. Trata-se de uma condição comum na população, sendo a 6^a doença mais prevalente no mundo. Constitui também uma importante causa de incapacidade, com custos pessoais, económicos e sociais, representando a 2^a causa a nível mundial de anos vividos com incapacidade. Afeta maioritariamente o sexo feminino e as idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos - faixa etária, em geral, ativa profissionalmente, o que faz com que a enxaqueca seja uma causa de absentismo e diminuição da produtividade laboral.

Esta patologia apresenta-se inicialmente no contexto da Medicina Geral e Familiar com elevada frequência. É também um problema muitas vezes desvalorizado pelos próprios doentes, que acham normal a cefaleia recorrente, sendo esta uma ideia que vai passando de geração em geração, dado o carácter familiar da enxaqueca. Cabe ao Médico de Família (MF) identificar e tratar adequadamente o problema, envolvendo o doente na importância do mesmo.

Descrição: Sexo feminino, 34 anos, secretária administrativa, família nuclear, vive com o marido e a filha de 3 anos. Apresenta excesso de peso e sedentarismo, sem outras comorbilidades. Nega medicação habitual. Nega consumos passados ou atuais. Usa contraceção progestativa intrauterina. Antecedentes familiares de enxaqueca (mãe e irmã).

Na consulta de Planeamento Familiar, em fevereiro de 2021, agendada para realização de rastreio do cancro do colo do útero, questionou-se a doente sobre o desejo de ter mais filhos, tendo a resposta sido negativa. Diz que o

motivo eram as cefaleias muito frequentes que a levavam a faltar ou a atrasar-se para o trabalho, pelo que temia ficar desempregada e não conseguir cuidar da família. Relata que desde a adolescência que tem estas dores, mas nunca deu importância porque a mãe e a irmã também tinham e diziam que era normal, além disso iam aliviando com medicação. Com a gravidez, até melhorou, mas desde há 1 ano que voltou a ter cefaleias e com maior frequência e intensidade do que antes. Explorou-se detalhadamente as características destas cefaleias e pediu-se à doente para efetuar um calendário com registo dos episódios, mencionando a duração, fatores de alívio e agravamento e medicação utilizada.

Após 2 meses de registos, volta à consulta: os episódios de cefaleia aconteciam 1 a 2 vezes por semana, com duração de 4 a 48 horas, aliviavam parcialmente com ibuprofeno, agravavam com som, luz e movimento da cabeça/corpo, e causaram absentismo laboral em 3 dos episódios. À observação, com bom estado geral, normotensa, normocárdica, eupneica, com pele e mucosas coradas e hidratadas, auscultação cardiopulmonar e exame neurológico sem alterações. Perante os dados, assumiu-se o diagnóstico de enxaqueca. Analisaram-se as opções terapêuticas com a doente e optou-se pelo topiramato como medicação profilática, dado coexistir excesso de peso. Para tratamento sintomático agudo, escolheu-se o zolmitriptano. Foi ainda pedido para manter o registo das crises em calendário e agendou-se reavaliação após 3 meses, com indicação para voltar mais cedo em consulta aberta se necessário.

Após 3 meses, verificou-se melhoria significativa dos episódios de enxaqueca, que ainda aconteciam, em média, 1 vez por semana, mas com duração menor e diminuição da intensidade, não interferindo com o trabalho. Foi ainda objetivada uma perda ponderal de 3kg.

Conclusão: A enxaqueca representa o caso paradigmático de um problema de saúde, não visto como tal, com grande impacto no quotidiano, e que, quando identificado e tratado adequadamente, pode trazer melhorias significativas na qualidade de vida dos nossos doentes. Assim, é importante o papel do MF, não só na procura ativa destes casos, como na educação para a saúde junto da comunidade, alertando para a existência deste problema e desmistificando a normalização da enxaqueca.

PD 52

LOMBALGIA AGUDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cátia Sofia da Silva Brito¹; João Miguel Serra Martins¹;

João Pedro Teixeira Baptista²

¹ARS Algarve - USF Ancora; ²ARS Algarve - USF Al-Gharb

Introdução: A osteoporose é uma doença metabólica em que existe uma diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso que o fragiliza, aumentando o risco de fraturas. Está intimamente ligada com a idade, tendo uma maior incidência no sexo feminino. Tem um impacto negativo na qualidade de vida estando associada a elevados custos para a saúde.

Descrição: MF, sexo feminino, 57 anos, caucasiana, casada, pertencente a uma família nuclear tradicional, no estado VII do ciclo de vida familiar de Duvall. Profissão: auxiliar de cantina escolar. Antecedentes pessoais: dislipidemia não tratada (doente recusa terapêutica). História ginecológica: menarca aos 10 anos de idade, menopausa aos 50 anos. 1G1P, sem história de abortamentos espontâneos. Antecedentes familiares irrelevantes. Em março de 2019 recorre à consulta do dia por lombalgia aguda, mecânica, sem irradiação, associada a esforços. Ao exame objetivo apresentava-se sem alterações do padrão da marcha, com dor na flexão lombar e à palpação dos músculos paravertebrais, com contratura dos músculos dorsais. Sinal de Lasègue negativo. Reflexos rotulianos presentes e normais. Foi instituída terapêutica com Cloridrato de ciclobenzaprina + Cloridrato de tramadol/Paracetamol e recomendado calor local e evicção de esforços. Após 3 dias a utente volta a recorrer à consulta por não melhoria da sintomatologia e incapacidade para o trabalho exame. Foi administrado diclofnac IM e acrescentado aceclofenac à terapêutica. A doente volta a recorrer à consulta pelo que foi prescrita uma RMN para investigação da causa da dor. Pelo tempo de demorar no agendamento da RMN e pela ausência de melhoria da sintomatologia a utente volta a recorrer ao médico, onde realizou um Rx que apresentava traço fraturário de D12. Neste contexto, foi pedida DXA e análises no sentido de esclarecer uma eventual etiologia secundária. Posteriormente a utente foi encaminhada para a especialidade de reumatologia.

Conclusão: As fraturas osteoporóticas são incapacitantes, tendo grande impacto na qualidade de vida dos doentes. A osteoporose é uma doença silenciosa e por vezes surgem casos em utentes sem grandes fatores de risco. É importante que os Médicos de Família tenham um alto grau de suspeição, sendo a fratura osteoporótica um diagnóstico diferencial na abordagem da lombalgia aguda. É também importante a realização do FRAX a todos os indivíduos com

idade superior a 50 anos, devendo fazer parte abordagem clínica no sentido de aumentar a sensibilidade para esta doença, ajudando a alcançar o principal objetivo da abordagem da osteoporose: a redução do número de fraturas.

PD 53

UMA SUCESSÃO DE EVENTOS

Dora Catarina Dias Gomes¹; Catarina Oliveira¹; André Santos¹;

Ana Gomes¹; Maria do Céu Coelho¹; Sónia Santos¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A fibrilação auricular (FA) não valvular, é a arritmia cardíaca mais comum, acometendo cerca de 1% da população.^{1,2} É a condição cardiológica que mais frequentemente se associa à formação de material embólico na aurícula esquerda. Apesar das complicações embólicas associadas a FA poderem afetar qualquer artéria, as artérias cerebrais são as mais frequentemente ocluídas.³

Mulher, 98 anos, autónoma, recorre ao serviço de urgência por dor no membro inferior esquerdo, com sensação de pé frio, com início no dia anterior, sem história de traumatismo, sem outras queixas.

Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e gastropatia, sem internamentos ou cirurgias prévias.

À observação apresentava ausência de pulsos poplíteo, tibial posterior e pedioso do pé esquerdo à palpação e ao doppler, compatível com lesão isquémica aguda grau I da perna esquerda.

Enquanto aguardava resultado de exames complementares de diagnóstico apresentou diminuição da força no membro superior esquerdo, seguida de convulsão tónico-clónica generalizada com perda de continência de esfíncteres. Admitida na sala de emergência com ECG de 4, hipertensa, normoglicémica, apirética, eupneica com O2 a 2L/min com desvio oculo-cefálico para a direita e auscultação cardíaca arritmica. Na monitorização cardíaca encontrava-se em fibrilhação auricular, não conhecida previamente.

Analicamente salientava-se anemia normocrómica e normocítica, lesão renal aguda.

Realizou TC-CE que não revelou lesões agudas. Repetiu TC-CE que revelou lesão isquémica aguda em território da artéria cerebral média e cerebral anterior esquerdas.

Dada a extensão do enfarte cerebral foi admitida em internamento sendo privilegiadas medidas de conforto, falecendo dois dias após o evento agudo.

Apesar de não ter sido realizado estudo etiológico completo, dado o diagnóstico de FA, colocou-se a hipótese de eventos cardioembólicos com atingimento do território vascular do membro inferior e cerebral.

O aumento da mortalidade associado a FA é resultado das

altas taxas de complicações tromboembólicas, apresentando-se muitas vezes assintomática diagnosticada incidentalmente aquando da ocorrência de eventos importantes.² A informação sobre embolização de artérias periféricas é limitada, estimando-se que em pacientes com FA o risco anual tromboembolismo dos membros inferiores de ronde os 0.4% e a mortalidade a 1 ano seja cerca de 16%.³ Este caso é trazido no sentido de chamar a atenção para uma patologia frequente como a FA, que poderá estar associada a diferentes complicações e a morbimortalidade significativa, sendo importante o diagnóstico e a ponderação do tratamento com face a diminuir as consequências, muitas vezes irrecuperáveis.

PD 54

ALCOOLISMO E HIPERTRIGLICERIDEMIA E O SEU PAPEL NA PANCREATITE AGUDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliana V. Fonseca¹; Filipa Martins Pereira¹; Arnaldo Brito¹; Filipe Lobo¹; Marina Costa¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: O etilismo crónico está associado a risco aumentado de doença cardiovascular, esteatose hepática alcoólica e pancreatite. Por sua vez, as causas mais comuns de pancreatite aguda são a presença de cálculos biliares, consumo alcoólico e hipertrigliceridemia. O abordagem e tratamento iniciais da pancreatite aguda são dependentes da gravidade da doença, devendo os doentes ficar em dieta zero, com reforço da hidratação e analgesia, podendo em casos mais complicados beneficiar de antibioterapia, tratamento cirúrgico ou endoscópico.

Descrição: Homem, 50 anos, alcoólico e fumador. Sem medicação habitual. Recorreu ao SU por dor abdominal com início após o jantar que foi aumentando de intensidade, com um vômito alimentar associado. Analiticamente: Amilase 120 UI/L, Lipase 404 UI/L. Ecografia abdominal: sinais de hepatopatia de natureza alcoólica e pancreatite aguda. Assumida pancreatite aguda de provável etiologia alcoólica. Admitido na UMD para tratamento e estabilização. Em D2, por disfunção multiorgânica (renal, respiratória, cardiovascular, hematológica), foi admitido na UCIP. Por agitação e suspeita de síndrome de privação alcoólica e síndrome de compartimento abdominal, foi sedado e monitorizado, evoluindo favoravelmente. Realizou então estudo etiológico e foi evidenciado hipertrigliceridemia >4000 mg/dL, confirmando-se o diagnóstico de pancreatite aguda de etiologia mista (alcoólica + hipertrigliceridémica). Fez 2 sessões de plasmaferese com ótima resposta. Por febre e aumento parâmetros inflamatórios, assumiu-se sobreinfecção bacteriana e cumpriu antibioterapia com Meropenem. Após melhoria clínico-analítica e estabilização hemodinâmica, foi transferido novamente para UMD em D27. Iniciou dieta oral e por progressão favorável, teve alta em D30 de internamento, com indicação para evicção alcoólica total, dieta hipolipídica e reavaliação em consulta de Cirurgia.

Conclusão: A pancreatite aguda é uma patologia comum, heterogénea e potencialmente fatal. Há estudo na literatura que relatam uma associação entre ingestão abusiva de álcool e aumento dos triglicéridos, pois o primeiro provoca aumento da secreção de lipoproteínas de muito baixa densidade, prejuízo da lipólise e aumento do fluxo de ácidos gordos livres do tecido adiposo para o fígado. Em doentes com história de consumo alcoólico é essencial uma prevenção primária eficaz, quer com fomentação da evicção alcoólica, quer com controlo dietético / medicamentoso do aumento dos triglicéridos.

No caso relatado, e tendo em conta os antecedentes do doente, foi inicialmente assumida uma pancreatite aguda alcoólica. Após estudo mais completo, suspeitou-se de etiologia mista, tendo em conta a hipertrigliceridemia grave. Em casos como este, a plasmaferese, em simultâneo com o restante tratamento médico, pode ser uma forma rápida, segura e eficaz de diminuir os níveis de triglicéridos de maneira a prevenir maiores complicações clínicas. A prevalência de pancreatites de etiologia mista como a descrita pode ser mais elevada do que aquilo que se pensa. Em casos agudos, é importante ter em mente que o estudo etiológico deve ser realizado como forma de permitir um tratamento direcionado e uma melhor prevenção secundária.

A gestão destes doentes é complexa e os cuidados de saúde primários têm um papel fundamental pela proximidade desenvolvida e confiança depositada pelo utente no médico assistente.

PD 55

MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA, A PROPÓSITO DE UM CASO

Mariana Abrahams Vargas¹; Vanessa Antunes²

¹USF GAMA; ²USF Gama

Os autores apresentam o caso de um homem de 34 anos, previamente saudável, lojista, desportista federado de “Bodyboard”, com avaliações médicas anuais no contexto de exame médico desportivo.

Dos Antecedentes Pessoais reporta adenoidectomia aos 13 anos e cirurgia de varicocele no testículo esquerdo aos 15 anos. Consumo frequente de suplementos de magnésio e zinco. Nega consumo de outras substâncias ou álcool. Sem antecedentes familiares relevantes.

Assiste a consulta de MGF para “chequeo anual”, onde é

realizada avaliação global de saúde, rastreio de doenças de transmissão sexual e de fatores de risco cardiovascular. Embora sem sintomas o queixas específicas.

No exame objetivo da primeira consulta não foi identificadas alterações relevantes, com perfil tensional adequado, pulsos simétricos e uma auscultação cardiopulmonar inocente. Foram solicitados MCDT, nomeadamente Rx simples de Tórax ECG e Ecocardiograma TT os quais evidenciaram: - Radiografia Tórax: Sem alterações significativas

-ECG: Ritmo sinusal, com FC de 52 batimentos por minuto, hipertrofia ventricular esquerda. Alterações marcadas de repolarização ventricular com onda T amplas e negativas nas derivações precordiais sugestivas de isquemia do miocárdio e/ ou miocardiopatia. - Miocardiopatia Hipertrófica apical

Foi reavaliado e foram pedidos estudos específicos para descartar patologia isquémica e de ritmo (prova de esforço e Holter de 24 horas) que foram negativas.

Encaminhado para Cardiologia onde realiza Ressonância cardíaca que evidencia Miocardiopatia Hipertrófica Apical com espessura máxima de 14 mm, no segmento septal apical. Ausência de aneurisma apical, Ausência de realce tardio miocárdio – subgrupo de baixo risco arritmico de acordo com a literatura, boa função bi-ventricular, global e segmentar, sem gradiente interventricular em repouso

Foi admitido uma Miocardiopatia Hipertrófica Apical, tendo indicação de seguimento anual.

O doente poderá manter a atividade física federada segundo indicação de cardiologia.

Aguarda consulta de genética.

A propósito do caso é feita uma curta revisão da Miocardiopatia Hipertrófica Apical e os critérios propostos para manter ou suspender actividade física competitiva.

PD 56

SINTOMA DESVALORIZADO, DIAGNÓSTICO ADIADO – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DISFAGIA PARA SÓLIDOS

João Fonseca Machado¹; Helena Chantre¹; Margarida Espanhol¹; Carla Serranito¹

¹Unidade de Saúde Familiar Eborae

A disfagia apresenta-se como um sintoma de valorização importante. Não se mostrando muitas vezes como queixa preponderante na apresentação na consulta, o seu impacto na qualidade de vida do utente é elevado, pelo que deve sempre ser considerada a sua avaliação. Neste sentido, pode estar relacionada com alterações funcionais ou neurológicas, mas também com alterações anatómicas importantes. Além da sua ligação a patologia benigna, inflamatória, degenerativa, entre outras, deve ser ponderada também a sua relação com possíveis neoplasias do esófago, com mau prognóstico, dado o diagnóstico tardio.

O caso que se apresenta descreve um doente masculino de 70 anos, sem outros antecedentes pessoais de relevo além de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, que recorreu à consulta durante um ano com queixas de cansaço inespecífico, sem alterações analíticas ou imagiológicas de relevo a justificar outras atitudes. Após nova marcação de consulta nesse contexto, veio com queixas de desconforto torácico agravado com esforço, sem dor em repouso, sem náusea/vómito, acrescentando a esposa, após exploração do quadro, que apresentava há vários meses disfagia para sólidos de forma insidiosa, com epigastralgia, sobretudo após refeições, tal como agravamento do cansaço e perda ponderal de 20kg no período em causa. Sem alterações de novo no eletrocardiograma (na abordagem inicial), fez endoscopia alta que revelou lesão proliferativa e ulcerada desde os 32cm após a arcada dentária até ao cardia, ocupando metade do canal, concluindo o imagiologista tratar-se inequivocamente de neoplasia esofágica, pelo que se iniciou a abordagem dirigida ao seu diagnóstico definitivo e terapêutica.

Neste caso, o diagnóstico tardio, tendo em conta os sintomas e achados inespecíficos, bem como a não valorização pelo doente e consequentemente pelo médico, acabou por facilitar a progressão irreversível da doença. Deste modo, o papel do médico de família é preponderante na investigação e valorização das várias queixas, devendo sempre ser notadas possíveis alterações que, embora não constantes na agenda do doente, podem ter um impacto elevado no diagnóstico e prognóstico do caso e por isso de especial relevância para a curso da abordagem.

PD 58

PRESCRIÇÃO DE DIURÉTICOS TIAZIDAS E TIAZIDICAS-LIKE NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM DOENTES COM GOTA

Rita Carvalho Pereira¹; Bárbara C. Barbosa¹; Tânia Coelho¹; Tiago Silva Santos¹; Vânia Oliveira¹; João Martins¹

¹USF VitaSaurium

Introdução: Os diuréticos tiazídicos e seus análogos, dos quais hidroclorotiazida, clorotalidona e indapamida, promovem excreção de água e eletrólitos, causando a um balanço negativo de sódio, diminuição da volêmia e, com isso redução da pressão arterial. No entanto, pode acarretar efeitos adversos, nomeadamente intolerância à glicose, resistência à insulina e hipeuricemia. A hiperuricemia induzida pelas tiazidas resulta da contração de volume e da competição das tiazidas com o ácido úrico pela secreção tubular renal. Em indivíduos susceptíveis, a artrite gotosa recorrente pode ser precipitada, razão pela qual se encontra contraindicado o uso de tiazidas em doentes hipertensos com Gota, segundo as *guidelines* de 2018 ESC/ESH da Hipertensão Arterial (HTA). Todavia, existem estudos que sugerem não haver uma contraindicação absoluta do uso de tiazidas em artrite gotosa, particularmente se o doente se encontrar sob terapêutica hipouricemiante (alopurinol ou febuxostato).

Objetivos: Avaliar a prescrição de diuréticos tiazidas e tiazidas-like em doentes hipertensos com gota, recorrendo à aplicação MIM@UF, ao processo clínico no Sclínico® e à plataforma PEM®.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo com componente analítico, sendo a população de estudo os utentes de uma unidade de saúde diagnosticados com HTA e Gota. Foi selecionada uma amostra representativa dos utentes codificados com diagnóstico de HTA e Gota em dezembro de 2021, com recurso a aplicação MIM@UF. Foram recolhidos nesta amostra os dados relativos à prescrição da classe de fármacos - diuréticos tiazídicos e hipouricemiantes - no ano de 2021, utilizando a plataforma PEM®. A análise estatística foi realizada através do Excel®. A confidencialidade e integridade dos dados foram asseguradas.

Resultados e conclusões: Obteve-se uma amostra representativa de 159 utentes com Gota e HTA de uma unidade. Observou-se uma boa parte da amostra de utentes medicados com diurético tiazídico (69; 43,4%), destes 18 tratados com hidroclorotiazida (HCTZ), 16 sob clorotalidona e 35 medicados com indapamida. Assumindo que somente os utentes sob terapêutica hipouricemiante (alopurinol ou febuxostato) no momento é que padeciam de artrite gotosa recorrente, o número de doentes sob terapêutica em simultâneo com tiazídicos e fármaco uricosúrico diminui para 46

utentes (28,9%) da amostra, com 13 utentes sob HCTZ, 11 medicados com clorotalidona e 22 medicados com indapamida. Esta avaliação vem mostrar que o médico de família deve estar alertado para a necessidade de uma revisão terapêutica dos utentes hipertensos com diagnóstico de gota, tendo em vista um melhor controlo metabólico da doença gotosa.

PD 59

PROTOCOLO ATUAÇÃO CRISE DE ASMA EM CSP

Luís Paulo Fortunato Forreta Garcia¹

¹USF São Filipe

Introdução: A asma é uma doença heterogénea caracterizada por uma história clínica de sintomas respiratórios, como sibilância, dispneia, aperto torácico e tosse – sintomas que podem estar ausentes durante meses a anos no decorrer da doença. Não obstante, os doentes podem sofrer agudizações episódicas da doença, com gravidade variável, podendo, inclusivamente, ser fatais. As agudizações de asma são despoletadas por agressões à homeostasia do indivíduo - 80% são desencadeadas por infeções virais – e consistem num agravamento súbito dos sintomas característicos da patologia. Surgem pontualmente no curso natural da doença e requerem uma terapêutica dirigida, bem como posterior revisão terapêutica de manutenção. A sua avaliação requer o reconhecimento da gravidade e dos fatores de risco, tais como internamentos prévios, uso incorreto da medicação inalatória, má adesão à terapêutica, entre outros.

Objetivo: Criar um protocolo de atuação perante uma agudização de asma, aplicável em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Material e métodos: Revisão bibliográfica com pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, normas de orientação clínica e artigos de revisão, nas bases de dados *Pubmed*, *UptoDate*, *Cochrane Library* e *UptoDate*, bem como literatura cinzenta considerada relevante, nas línguas portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 5 anos; criação de algoritmo de atuação aplicável em contexto de CSP.

Resultados e Conclusão: As agudizações de asma exigem uma abordagem sistemática. O correcto diagnóstico e identificação de fatores de agravamento e prognóstico são fundamentais. Há que excluir outras patologias como causadoras do quadro (nomeadamente do foro cardiovascular e respiratório) e identificados fatores de agravamento prognóstico que possam coexistir (como comorbilidades não corretamente tratadas ou exposição mantida a agentes externos predisponentes). Deverá estratificar-se a gravidade do episódio, com base na sintomatologia do doente e

respetivo exame objetivo, em ligeiro a moderado, grave ou em episódio de paragem respiratória eminente; deverão ser referenciados ao serviço de urgência hospitalar os casos graves ou de paragem eminente. Perante casos graves ou em paragem eminente, deverá instituir-se terapêutica adequada de suporte, bem como outras medidas necessárias, enquanto se aguarda a transferência para o serviço de urgência. O doente com quadro ligeiro deverá ser estabilizado com terapêutica de alívio sintomático e monitorizada a sua resposta ao longo de uma hora. Caso se verifique um agravamento do quadro clínico, este deverá ser referenciado ao serviço de urgência. Perante melhoria do quadro ao fim de uma hora, deverá dar-se alta com medicação adicional de suporte e agendar-se consulta de seguimento no prazo de uma semana. Na consulta de seguimento deverá ser realizada reavaliação clínica e terapêutica, com eventual otimização do plano terapêutico. Ao sistematizar a abordagem clínica da agudização asmática, a criação de um protocolo de atuação permitirá uma melhoria na qualidade de cuidados prestados em contexto de CSP perante um utente com queixas compatíveis com esta patologia.

PD 60

USO DE EXPETORANTES NO TRATAMENTO DA TOSSE EM IDADE PEDIÁTRICA: QUAL O BENEFÍCIO?

Inês Tomás Mendes¹; Sara Carolina Santos Tainha²
¹USF do Parque; ²USF São Domingos

Introdução: A tosse é um sintoma frequente em idade pediátrica representando um dos principais motivos pelo qual os pais recorrem aos cuidados de saúde. A tosse pode ser aguda (duração inferior a 3 semanas), subaguda (duração de 3 a 8 semanas) ou crónica (duração superior a 8 semanas). As causas mais comuns da tosse aguda em idade pediátrica são as infeções virais do trato respiratório superior, sendo que nestas situações a tosse representa um mecanismo de proteção do organismo face à doença. A tosse pode ser um sintoma bastante incómodo pelo que muitas das vezes são prescritos xaropes, nomeadamente expetorantes com intuito de promover o seu alívio e remissão mais rápidos. Assim, torna-se relevante avaliar a mais recente evidência desta intervenção nesta faixa etária.

Objetivos: Determinar se existe benefício no tratamento da tosse em idade pediátrica com uso de expetorantes.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, revisões baseadas na evidência e estudos de intervenção controlados publicados entre 1 de janeiro de 2011 e outubro de 2021 recorrendo às bases de dados da *Pubmed* e The Cochrane Collaboration, utilizando os seguintes termos MESH: children, cough,

expectorants. Foram considerados os artigos redigidos nas línguas portuguesa, inglesa e francesa. Foi utilizada a escala *Strength Of Recommendation Taxonomy* da American Academy of Family Physicians na avaliação da qualidade dos estudos e força de recomendação.

Resultados e conclusões: Foram obtidos dezoito artigos e selecionados cinco de acordo com critérios de inclusão e exclusão (2 revisões sistemáticas e 3 revisões narrativas). Dos artigos analisados, dois mostraram algum benefício na utilização de expetorantes no tratamento da tosse em idade pediátrica, dois destacaram a ineficácia dos mesmos e um apresentou resultados inconclusivos. As evidências atuais não são consensuais no que diz respeito à eficácia de expetorantes e xaropes pediátricos na redução da frequência e severidade da tosse nestas idades, pelo que são necessários mais estudos de boa qualidade acerca da terapêutica da tosse em infeções respiratórias em idade pediátrica.

PD 61

HEMÓLISE – UM INTERFERENTE A EVITAR

Carolina Salteiro¹; Gouveia Pereira¹; Carlos Flores¹
*1*CHULC

Introdução: A avaliação laboratorial é fundamental para o diagnóstico médico. No processo da análise laboratorial, a maioria dos erros ocorre nas fases pré e pós-analítica. Qualquer profissional de saúde implicado na fase pré-analítica deverá estar alerta para a sua importância.

Um interferente frequente nas amostras sob avaliação laboratorial é a hemólise in vitro, que ocorre habitualmente no momento da colheita ou manuseio da amostra. É importante a atuação conjunta, entre a clínica e o laboratório, para que se obtenham resultados fidedignos, no menor espaço de tempo possível.

Objetivos: Sublinhar a importância da fase pré-analítica e da hemólise in vitro como interferente, para obtenção de um valor confiável que permita a correcta correlação com a informação clínica.

Métodos: Revisão bibliográfica.

Resultados e conclusões: A hemólise, um interferente de algumas análises laboratoriais, corresponde à destruição acelerada das membranas dos eritrócitos, com conseqüente libertação do conteúdo intraeritrocitário para o compartimento extracelular. Por esse motivo, é medido o índice hemolítico nas amostras de sangue. A interferência analítica será mais ou menos acentuada consoante o grau de hemólise. A hemólise pode existir in vivo – alterações eritrocitárias, adquiridas ou hereditárias – ou in vitro – colheita ou manipulação da amostra de sangue inadequada, sendo que apenas a hemólise in vitro é considerada como interferência.

A destruição dos eritrócitos pode ser provocada durante a flebotomia, pelo uso de agulha demasiado fina ou pelo uso de um garrote muito apertado, ou pelas condições de transporte e armazenamento da amostra, como refrigeração inadequada ou agitação vigorosa.

Interfere nos resultados obtidos através de mecanismos como a libertação intracelular de um constituinte, aumentando a sua concentração na amostra, a interação de substâncias libertadas pelos eritrócitos com reagentes ou produtos de reacção, a interferência espectrofotométrica ou através de reacções cruzadas, em imunoensaios. A quantificação da hemólise pode ser qualitativa – através da observação da coloração da amostra – ou quantitativa, doseando-se a concentração de hemoglobina livre por espectrofotometria.

É imprescindível uma atenção cuidada por parte do clínico durante a fase pré-analítica e laboratorial, para que os resultados sejam fidedignos. A hemólise *in vitro* é um interferente que pode ser prevenido, diminuindo a interferência em alguns parâmetros analíticos frequentes, com possíveis repercussões na prática clínica. É essencial que o clínico tente minimizar os erros da fase pré-analítica, e saiba reconhecer os indicadores de hemólise, para que se obtenham resultados que beneficiem o paciente.

PD 62

RELATO DE CASO: PANICULITE MESENTÉRICA, UM DIAGNÓSTICO ÁRDUO!

Ana Isabel Costa¹; Ana Cecilia Barbosa¹; Sílvia Garcia¹

¹USF Uma Ponte para a Saude

Introdução: A paniculite mesentérica (PM) é um processo inflamatório, raro, idiopático que acomete ao tecido adiposo do mesentério do intestino delgado. É mais frequente no sexo masculino (razão de 2:1), entre a 6ª e 7ª década de vida. Pode causar queixas gastrointestinais (GI) e sistémicas inespecíficas (náuseas, vômitos, astenia, perda ponderal, diarreia, obstipação e/ou dor abdominal), leucocitose e aumento da velocidade de sedimentação. A tomografia computadorizada (TC) é o exame imagiológico de eleição para diagnóstico. O tratamento deve ser individualizado para cada doente.

Descrição: Senhora de 55 anos, com antecedentes pessoais de gastrite crónica, obesidade e enxaqueca. Medicada habitualmente com pantoprazol 20 mg e nderal 40 mg. Recorreu ao serviço de urgência (SU), por dor lombar à direita, com irradiação abdominal, astenia, náuseas, vômitos e cefaleias com um mês de evolução, com agravamento nas últimas 48h, negava outras queixas. Verificou-se um aumento da lipase e visualização pancreática e retroperi-

toneal comprometida pelo meteorismo. Perante o quadro apresentado, foi assumido o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica de etiologia desconhecida. A utente ficou internada no serviço de cirurgia, medicada com terapêutica analgésica e pausa alimentar. Apresentou uma evolução favorável, com alta, com indicação para estudo no médico de família (MF). Por esse motivo, a utente foi aconselhada a realizar uma TC abdominal, que relatou um espessamento e densificação difusa da gordura da raiz do mesentério, com alguns gânglios linfáticos associados, que sugeria paniculite mesentérica. Sem outras alterações relevantes biliares, hepáticas e pancreáticas.

Foi agendada uma consulta presencial com o MF, na qual a doente mantinha queixas GI e palpação abdominal dolorosa. Foi medicada com colchicina 1mg/dia, agendada nova consulta com estudo analítico e feita referenciação para consulta hospitalar.

Conclusão: Foi descrito o caso de uma mulher de 55 anos que recorreu ao SU por queixas GI e internada por pancreatite aguda alitiásica. Após a alta, foi realizado o estudo etiológico pelo MF. Assim, realça-se a importância para a hipótese da existência de PM, sendo que o diagnóstico precoce e orientação terapêutica adequada aumentam a probabilidade de controlo da mesma. É uma entidade incomum, frequentemente benigna, com bom prognóstico e pouco discutida na literatura. É inegável a importância da TC, devendo ser realizada no momento da suspeição.

PD 63

UM DIAGNÓSTICO QUE NÃO SE PODE SALTAR

Mariana Neves Baptista¹; João Cascais Moreira¹

¹USF Santa Maria dos Olivais, Tomar

A Doença de Osgood-Schlatter, também conhecida por osteocondrite da tuberosidade tibial, é uma patologia ortopédica infantil relativamente frequente, afetando cerca de 21% de adolescentes atletas versus 5% de adolescentes não atletas. É uma lesão de sobreuso e pode ocorrer bilateralmente em 20 a 30% dos casos. Nesta faixa etária, os ossos atingem um rápido crescimento, apresentando centros de ossificação passíveis de lesão por excesso de tração tendinosa. O diagnóstico é clínico e deve ser pensado aquando da queixa de gonalgia numa criança ou adolescente fisicamente ativos. A evolução da doença é geralmente benigna e autolimitada, contudo podem surgir complicações em aproximadamente 10% dos casos com persistência da dor e limitação perene na atividade desportiva.

Discussão de caso: GR, 11 anos de idade, a frequentar o 5º ano. Antecedentes de sinusopatia. É uma criança fisicamente ativa e pratica ténis 2 vezes por semana, tendo

jogado futebol durante os 4 anos anteriores. Veio a consulta de Saúde Infantil acompanhado pela mãe por gonalgia direita com alguns meses de evolução. As queixas álgicas eram recorrentes e agravavam nos dias de treino e após as aulas de Educação Física. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação da região anterior da extremidade proximal da tíbia e na extensão ativa contra resistência bilateralmente, sem outras alterações aparentes. Colocou-se a hipótese diagnóstica de Doença de Osgood-Schlatter, pelo que se solicitou radiografia dos joelhos para avaliação imagiológica. Esta confirmou fragmentação nas tuberosidades anteriores das tíbias, eventualmente compatível com a doença. Perante este diagnóstico provável, explicou-se à mãe o curso geralmente benigno da condição, aconselhou-se a suspensão temporária dos treinos de ténis e emitiu-se uma declaração para a moderação da atividade física na escola. Prescreveu-se ainda crioterapia e anti-inflamatório para quando realizasse atividade física e tivesse dor mais intensa, respetivamente.

Conclusão: A prática desportiva é aconselhada e incentivada nas crianças e jovens adolescentes, contudo é importante atentar para situações de sobrecarga muscular e óssea que possam condicionar queixas álgicas recorrentes a nível dos membros inferiores. A doença de Osgood-Schlatter é uma causa importante de gonalgia em jovens adolescentes, provavelmente subdiagnosticada em contexto de cuidados de saúde primários. O tratamento é habitualmente simples e eficaz, pelo que é importante o seu reconhecimento atempado para evitar complicações futuras.

PD 64

QUANDO O QUE PARECER SER, NÃO O É!

Mónica Rodrigues dos Reis¹; Natália Simões¹
¹USF D. Diniz

A Aspergilose Bronco-Pulmonar Alérgica (ABPA) é uma reacção de hipersensibilidade das vias aéreas aos antígenos do *Aspergillus fumigatus*, observada em doentes atópicos ou com fibrose quística.

A sua prevalência nos doentes com asma é de 1-2% e ligeiramente superior em doentes com fibrose quística (2-9%). Para os asmáticos sob corticoterapia a prevalência é de 7-14%.

Relata-se um caso clínico em que o doente asmático com ABPA.

Caso clínico: Jovem do sexo masculino, 29 anos, doutorando, ex-fumador, asmático medicado habitualmente com budesonido+formoterol e montelucaste que cumpria intermitentemente. Apresentou quadros de tosse seca, associada a expectoração durante sete meses, compatíveis

com exacerbação asmática e infeções respiratórias, para as quais foi medicado com diversas classes de antibióticos. Recorre à consulta com queixas de cansaço intermitente, tosse e expectoração ligeira; foram solicitadas análises de sangue que revelou eosinofilia.

Manteve queixas, foi medicado com amoxicilina+ácido clavulânico e deflazacorte, sem melhoria, pelo que realizou RX tórax que revelou “bronquiectasias” e foi medicado com claritromicina e moxifloxacina. Neste contexto realizou TC Pulmonar que mostra “expressivas bronquiectasias... no lobo superior, médio e inferior direito... também alguns segmentos bronquiectásicos, pelo que a hipótese de quadro de sobreinfeção deve ser considerado”.

Foi encaminhado para consulta de pneumologia para estudo complementar: Teste Cutâneo de Alergia positivo para Ácaros; gramíneas; alternária, cladosporium; Teste de screening respiratório positivo para *D. pteronyssinus*; IgG específica para *Aspergillus* >200 e IgE total 2990 UI/mL.

Os achados de asma, eosinofilia, bronquiectasias centrais associados a IgE > 1000 UI/mL e precipitinas de *Aspergillus* preenchem os critérios de diagnóstico da ABPA.

Iniciou tratamento com prednisolona, budesonido+formoterol e acetilcisteína. O quadro clínico evoluiu favoravelmente e objectivou-se a redução da eosinofilia e IgE sérica total.

Discussão: O diagnóstico de ABPA é baseado em critérios clínicos, imunológicos e radiológicos, divididos por Rosenberg-Patterson em Critérios Major (Asma, bronquiectasias centrais, IgE sérica total >1000 ng/mL, Eosinofilia no sangue periférico (>500 mm³), infiltrados pulmonares transitórios, hipersensibilidade cutânea imediata positiva para *A. fumigatus*, IgG e/ou IgE específicos elevados para *A. fumigatus* anticorpos IgG específicos precipitadas contra *Aspergillus*) e Critérios Minor (Presença *A. fumigatus* na expectoração, Expectoração castanha/dourada e hipersensibilidade cutânea tardia positiva para antígeno *A. fumigatus*)

A ABPA classifica-se em ABPA Serológica (ABPA-S) quando os doentes apresentam critérios de diagnóstico sem evidência de bronquiectasias, ou ABPA com Bronquiectasias Centrais (ABPA-CB) em doentes com presença radiológica de bronquiectasias No caso clínico o doente tem critérios de ABPA-CB.

Em doentes com história de exacerbações de asma frequentes e quadro clínico sugestivos de infeção respiratória refractária ao tratamento, devem ser solicitados hemograma completo, Teste Cutâneo de Alergias e uma radiografia torácica, pensando no diagnóstico de ABPA. O diagnóstico e implementação de medidas adequadas são fundamentais para prevenir complicações e a sua progressão.

Os corticóides sistémicos revelam-se eficazes no tratamen-

to da ABPA e sua utilização é vital para prevenir a progressão da doença. Adicionar itraconazol oral em pacientes com ABPA recorrente ou crónica permite a resolução da exacerbação sintomática assim como uma franca diminuição dos infiltrados, através da redução da carga fúngica. O uso do anticorpo monoclonal omalizumab atua na inibição a IgE. A resposta ao tratamento é monitorizada pelo doseamento de IgE total e pela resolução das opacidades radiográficas. Não há ainda uma resolução definitiva para a ABPA, mas o tratamento com corticoterapia e anti-fúngico consegue estabilizar os sintomas por longos períodos de tempo.

PD 65

SILICOSE: ENTRE A GESTÃO DA DOENÇA E O CUIDAR DO DOENTE

Sofia Rocha Teixeira¹; Ana Morgado Barbosa¹; Alexandra Rabaçal¹
¹USF Alpendorada | Tabuado

Introdução: A Silicose é a doença pulmonar crónica provocada pela inalação de pó de pedra contendo sílica. No nosso país, é particularmente relevante nos trabalhadores da indústria da extração e transformação de granitos.

A patogénese envolve a ativação dos macrófagos alveolares, que são responsáveis pela fagocitose da sílica quando esta atinge o alvéolo, com conseqüente libertação de citocinas e ativação do sistema imunitário humoral e celular. A sílica provoca, assim, lesão directa à membrana celular, efeito citotóxico este que condiciona o bom funcionamento das trocas gasosas alveolares.

A sílica é considerada, desde 1997, como carcinogénio do Grupo 1 pela International Agency for Research on Cancer. A silicose é pouco frequente antes dos 50 anos e mais frequente nos homens, constituindo a principal causa de invalidez entre as doenças respiratórias ocupacionais.

Descrição do caso: Trata-se de um caso de um doente do sexo masculino com 50 anos de idade. Ex-trabalhador em pedreira (1991 – 2007). Reside com a esposa e 2 filhos. Antecedentes pessoais de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), GOLD 3B, sem exacerbações no último ano com necessidade de internamento. Infecção por SARS-CoV-2 em janeiro de 2021, sem necessidade de internamento. Ex-fumador (7,5 UMA), parou em 2007. Pneumonia, sob a forma de silicose pseudotumoral, conhecida desde 2014. A aguardar parecer para classificação como Doença Profissional (foi recusado há alguns anos, desde então tem processo em Tribunal). Encontra-se a aguardar transplante pulmonar.

Medicação habitual: Budesonida + Formoterol 160+4,5 µg bid; Brometo de tiotrópio 18 µg id; Brometo de ipratrópio 20 µg; OLD 2L 16h

Como antecedentes familiares, tem irmão falecido aos 53 anos com Silicose pseudotumoral, DPOC, e múltiplas descompensações respiratórias com necessidade de internamento em UCI. Estava a aguardar transplante pulmonar.

Recorre à consulta no Médico Assistente acompanhado pela esposa, com queixas de sensação de vazio, tristeza, anedonia, choro fácil e labilidade emocional, insónias e falta de apetite. Esposa refere discurso constante a relembrar o irmão, falecido com silicose pseudo-tumoral há cerca de 1 ano. De referir a revolta do doente por não conseguir manter relações sexuais devido à dispneia e preocupação em relação a situação económico-social visto não ter ainda certificação de doença profissional ou reforma por invalidez. Teve episódio de internamento no Serviço de Psiquiatria em 2007, após ter perdido o emprego, por intoxicação medicamentosa voluntária.

Exame físico sem alterações de relevo.

Foi assumido quadro de Depressão Reactiva: ao quadro patológico que apresenta, aos antecedentes familiares e ao contexto social, económico e conjugal. Iniciou tratamento com sertralina e alprazolam e foi referenciado à consulta de Psicologia do ACeS, com melhoria do quadro em 4 semanas.

Discussão: O diagnóstico de Silicose clínica e baseia-se em três elementos: história de exposição a sílica, imagiologia sugestiva e ausência de outro diagnóstico que possa justificar as alterações observadas.

A ansiedade e depressão são importantes comorbilidades na silicose e DPOC, associadas a pior prognóstico, tendo o médico de família um papel preponderante na sua identificação e tratamento, com tradução em melhoria da qualidade de vida e conseqüentes ganhos em saúde.

O doente não é nem pode ser apenas a sua doença e nunca podem ser descuradas todas as suas esferas de vida, nomeadamente em termos de gestão de expectativas, crenças, medos, contexto social e económico e ainda as dinâmicas familiar e conjugal.

PD 66

O SILÊNCIO TAMBÉM PODE MATAR

Ricardo André Alves Coelho¹; Anaísa Silva¹; Cláudia Espírito Santo¹
¹USF Feijó

Introdução: O enfarte agudo do miocárdio (EAM) define-se pela presença de lesão aguda do miocárdio detetada pela elevação de biomarcadores cardíacos (troponinas de alta sensibilidade) e evidência de isquemia aguda do miocárdio (alterações do ECG). A patologia cardíaca, particularmente a doença arterial coronária, é uma das principais causas de morbimortalidade entre doentes com diabetes mellitus

(DM), sendo estes doentes mais suscetíveis à isquemia silenciosa do miocárdio. Alguns doentes diabéticos têm uma percepção atenuada da dor, o que pode resultar em sintomas anginosos atípicos, isquemia silenciosa ou mesmo enfarte silencioso. A neuropatia autonômica cardiovascular é definida pelo comprometimento do controlo autonômico do sistema cardiovascular e está associada a várias anormalidades na função cardiovascular autonômica, podendo clinicamente traduzir-se por um EAM silencioso.

Descrição: Homem 59 anos com antecedentes de dislipidemia, doença arterial periférica, DM tipo 2 (DM2) com lesão de órgão alvo - nefropatia, retinopatia e neuropatia. Mantém mau controlo metabólico por má adesão terapêutica, apesar das várias intervenções médicas. Atualmente medicado com sitagliptina/metformina 50/850mg 2x/dia; gabapentina 100mg 2x/dia; metformina 1000mg; ácido acetilsalicílico 100mg; insulina NPH 14U; dapagliflozina 10mg e sinvastatina 40mg.

O utente deixa no secretariado clínico da unidade os resultados do eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma pedidos na última consulta de vigilância de grupos vulneráveis – DM2. Os exames realizados no dia anterior revelam no ECG: ritmo sinusal, frequência cardíaca 73bpm, EAM infero-lateral sub-agudo. No ecocardiograma: ventrículo esquerdo não dilatado, acinesia da parede inferior e hipocinesia marcada da parede posterior médio-basal e toda a parede lateral, condicionando compromisso ligeiro da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (~40%). Ventrículo direito não dilatado. Sem patologia valvular significativa.

O médico de família contata o utente, que estava a trabalhar e assintomático do ponto de vista cardiovascular, para recorrer ao serviço de urgência com carta de referência do médico de família. No serviço de urgência foi repetido o ECG que mantinha as alterações, e doseadas as troponinas de alta sensibilidade que se encontravam aumentadas. O doente ficou internado e realizou coronariografia e posteriormente revascularização percutânea. O doente teve alta com indicação para manter medicação habitual e adicionalmente ramipril 1,25 mg; bisoprolol 2.5 mg; Clopidogrel 75mg; nitroglicerina 5mg transdermico coloca às 9h e retira às 21h; substituição de sinvastatina 40mg por atorvastatina 10mg.

Conclusão: Nos doentes com DM a redução dos fatores de risco é eficaz para a prevenção secundária das doenças cardiovasculares. A par disto, a monitorização com ECG / ecocardiograma é importante na avaliação e seguimento dos doentes com DM. Este caso, um EAM silencioso retrata a importância da vigilância nos doentes com DM2. Devido à ausência de sintomas, geralmente há um atraso invariá-

vel no diagnóstico e tratamento dos doentes com isquemia silenciosa do miocárdio, que muitas vezes não são diagnosticados durante meses ou até anos. O médico de família, na sua abordagem transversal do doente, tem um papel central na prevenção cardiovascular, deteção precoce de patologia cardíaca, orientação atempada e seguimento de doentes com DM pós- EAM.

PD 67

DERMATITE OCUPACIONAL DA FACE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE CAUSADA PELO USO DE MÁSCARAS DE PROTEÇÃO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 – REVISÃO DE CASOS

Margarida Coelho¹; Laura Silva¹; Miguel Pereira¹; André Santos¹; Daniel Melo¹; Ana Paula Sardo¹; Fernando Mautempo¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: Desde o início da pandemia da COVID-19, as máscaras faciais utilizadas pelos profissionais de saúde constituíram um elemento fundamental na sua proteção e na prevenção da transmissão da infeção.

O uso prolongado das máscaras de proteção pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 associou-se a um aumento da ocorrência de reações adversas cutâneas ao nível da face.

A dermatite de contacto irritativa constitui um dos diagnósticos mais frequentemente descrito. Os profissionais com história de doença dermatológica sofrem também, frequentemente, agravamento clínico, tal como observado em casos de acne, dermatite seborreica ou rosácea.

Objetivos: Acompanhar o seguimento de pacientes que foram encaminhados para Consulta de Dermatologia por apresentarem queixas cutâneas na face associadas ao uso da máscara facial.

Material e métodos: Foram consultados os registos das consultas dos pacientes, trabalhadores na área da saúde que, entre março de 2020 e junho de 2021, recorreram ao Serviço de Medicina do Trabalho, por queixas cutâneas da face associadas ao uso da máscara facial, e que foram posteriormente avaliados em consulta da Dermatologia.

Resultados: Caso 1 – Mulher de 34 anos, Técnica de laboratório, com erupção cutânea maculopapular, eritematosa, na região mentoniana e sulco nasogeniano, com 1 mês de evolução. Sem prurido associado. Aplicou hidrocortisona 1mg/g, creme, com melhoria temporária. Na consulta de Dermatologia foi diagnosticada uma rosácea na região perioral. Iniciou doxiciclina 40mg/dia, metronidazol em creme 7,5 mg/g e creme hidratante, com melhoria clínica.

Caso 2 – Mulher de 32 anos, Enfermeira em serviço de urgência hospitalar, com antecedente pessoal de rosácea

eritematotelangiectásica ao nível malar bilateral, com 16-17 anos de evolução. Apresentava agravamento progressivo do eritema e lesões papulopustulosas na face, com 4 meses de evolução. A rosácea, normalmente limitada à região malar, abrangia toda a região da face coberta pela máscara. Na consulta de Dermatologia, foi feito o diagnóstico de agravamento de rosácea, com observação de caudas de Demodex à dermatoscopia. Iniciou doxiciclina 40mg/dia, por 1 mês, metronidazol em creme, 7,5 mg/g e ivermectina em creme, 10 mg/g, com melhoria do quadro clínico ao fim de 1,5 meses.

Caso 3 – Mulher de 34 anos, Assistente operacional em serviço de obstetrícia. Erupção cutânea da face tipo “acne” ao nível malar bilateral e mentoniano, que agravavam com o uso contínuo da máscara cirúrgica, com 1 mês de evolução. Antecedentes de acne na adolescência. Foi aconselhada a fazer substituição frequente da máscara durante o horário de trabalho e medicada com creme com 1 mg/g de valerato de dexametasona e 10 mg/g de maleato de clorofenamina. Na consulta de Dermatologia, foi diagnosticada com “Mask-acne” papulopustuloso. Suspendeu o creme anteriormente prescrito e iniciou doxiciclina 100mg, creme, e gel hidratante.

Caso 4 – Homem de 50 anos, Assistente operacional em serviço de gestão de materiais. Observado por suspeita de dermatite de contacto irritativa da face, com associação com utilização de máscara cirúrgica. Teve indicação para utilização de máscara cirúrgica “hipoalérgica”, com ligeira melhoria do quadro clínico após 1 mês. Em consulta de Dermatologia posterior, foi feito o diagnóstico de agravamento de dermatite seborreica associada à utilização da máscara cirúrgica. Iniciou nitrato de miconazol 20 mg/g e hidrocortisona 10 mg/g (creme) em SOS e inibidor da calcineurina tópico.

Conclusões: A inflamação cutânea na região de oclusão da máscara facial de proteção pode estar associada a diagnósticos distintos. A correta identificação da patologia na base do quadro clínico revela-se essencial para a decisão terapêutica, possibilitando uma mais célere resolução do quadro clínico.

PD 68

PÍLULA NÃO COMBINA COM TABACO – UM PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE

Patrícia Moreira¹; Diogo Romano¹; Luciana Romano²

¹USF Fénix; ²USF Alfena

Introdução: O uso de contraceptivos hormonais combinados (CHC) associados ao abuso de tabaco aumenta o risco de Doença Cardiovascular (DCV), sendo que este risco está

diretamente relacionado ao nº de cigarros/dia. Segundo os novos consensos de contraceção de 2020, não é recomendado/não dever ser utilizado o uso de CHC em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos.

Objetivos: Reduzir o risco de DCV em mulheres fumadoras a realizar CHC.

Materiais e métodos: Realizado um estudo descritivo, transversal e retrospectivo de melhoria da qualidade entre o primeiro e segundo semestre de 2021. Através do MIM@UF[®], obtenção de listagem de mulheres, na faixa de risco de acordo com os consensos de contraceção de 2020 (≥35anos). Com recurso ao processo clínico foram identificadas as mulheres codificadas com abuso de tabaco (P17) com prescrição de contraceção hormonal combinada (CHC). Após colheita de dados foi realizada apresentação de protocolo de atuação em reunião multidisciplinar da unidade, com disponibilização de listagens, e re-analisados os dados no segundo semestre do ano.

Resultados: Na unidade de saúde, foram contabilizados 556 mulheres entre os 35 e 54 anos, sendo que apenas 182 estavam medicadas com CHC. Destas, 73 apresentavam codificação de abuso de tabaco. Apenas foi possível uma redução de 8,2% (n=6), nos hábitos tabágicos, sendo que nas outras o benefício foi à custa da substituição do método contraceptivo (50,7%, n=37). Cerca de 46% (n=17) iniciou progestativo oral; 21.7% (n=8) dispositivo subcutâneo e 32.3% (n= 12) dispositivo intra-uterino. Em 41,1% não foi possível, ainda, ganhos em saúde.

Conclusões: Os ganhos em saúde são muitas vezes conseguidos apenas com mudanças das estratégias terapêuticas médicas, dada a resistência dos utentes em modificar estilos de vida nocivos. O médico de família pela sua capacidade de abordagem holística, deve aconselhar e adaptar-se às resistências do doente, de forma a prevenir problemas futuros, face ao risco aditivo do uso concomitante de estrogénios e nicotina.

PD 69

ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – USF LAUROÉ ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID 19

Ana Catarina Almeida Cachola¹

¹USF Lauroé - ACES Central -ARS Algarve

Introdução: A acessibilidade aos cuidados de saúde primários assume um papel fundamental na qualidade dos serviços prestados à população.

Define-se por a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta

possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade.

A pandemia COVID-19 limitou o acesso aos cuidados de saúde a todos os níveis. Na tentativa de manter a qualidade do acesso, a equipa multidisciplinar da USF Lauroé foi incentivada a modificar as ofertas de acesso, nomeadamente, a consulta telefónica, a consulta presencial com adaptação do espaço físico, o contato de e-mail e o contato à porta da USF. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi verificar qual o resultado das alterações implementadas para melhorar a acessibilidade da USF Lauroé durante o período pandémico, através da análise dos indicadores de acesso, nomeadamente cobertura de utilização, consulta no próprio dia, distribuição das consultas presenciais no dia, personalização e tempos máximos de resposta garantidos, no período de 2018 e 2019, pré pandemia e comparar com o período de 2020 e 2021, durante a pandemia COVID-19.

Métodos: A ferramenta utilizada para retirar os dados foi a plataforma BI-CSP e a pesquisa bibliográfica foi feita na MEDLINE (*Pubmed*), site www.dgs.pt e legislação do diário da república. Os dados foram analisados no programa Microsoft excel.

Resultados: A acessibilidade da USF Lauroé sofreu uma melhoria considerável, passou de 83,8% (2018), para 91,6% (2021). Os parâmetros referentes a cobertura de utilização, consulta no próprio dia, distribuição das consultas presenciais no dia e tempos máximos de resposta garantidos, sofreram um decréscimo no segundo semestre de 2019, com subsequente recuperação em 2021. Apenas o parâmetro da personalização sofreu um decréscimo no ano de 2020 e 2021, comparativamente com 2018, devido ao excesso de consultas realizadas pelo médico de família.

Conclusão: Os indicadores relativos à acessibilidade aos cuidados de saúde primários constituem a base da organização dos serviços e dependem de vários fatores, nomeadamente, físicos, estruturais e funcionais, económicos e culturais. Esta análise permitiu objetivar, que as medidas implementadas ao longo do período pandémico foram eficazes, na manutenção e melhoria global de todos os indicadores de acesso.

Palavras chave: Cuidados de saúde primários; Acessibilidade.

PD 70

CONTRACEÇÃO E PATOLOGIA CARDÍACA: RECOMENDAÇÕES ATUAIS E PRINCIPAIS DESAFIOS

Ana Filipa Miranda¹; Cláudia Sofia Almeida²; Sérgio Sousa¹
¹USF Sete Caminhos, ACeS Gondomar; ²USF Baguim, ACeS Gondomar

Introdução: As doenças cardíacas constituem a principal causa não obstétrica de morbimortalidade materna. A evolução da terapêutica médico-cirúrgica tem levado a que a maioria das mulheres com doença cardíaca congénita ou adquirida atinja a puberdade, inicie a vida sexual e, eventualmente, deseje engravidar. A escolha individualizada do método contraceutivo é essencial na evicção da gravidez, quando esta é contraindicada ou indesejada. No período de gestação, ocorrem alterações cardiovasculares adaptativas que podem culminar na descompensação da doença cardíaca pré-existente. Todas estas mulheres deverão ter acesso a uma avaliação pré-concepcional, na qual cada situação será estratificada de acordo com o risco de complicações, juntamente com a identificação e substituição dos fármacos com potencial teratogénico. Adicionalmente, realça-se o papel do aconselhamento médico na prevenção da transmissão genética de algumas doenças hereditárias, tais como Síndrome de Marfan, cardiomiopatia dilatada e cardiomiopatia hipertrófica familiar.

Objetivo: Perceber o papel da contraceção nas mulheres com doença cardíaca e descrever as principais indicações/limitações dos métodos disponíveis.

Metodologia: Revisão clássica de artigos científicos publicados na base de dados MEDLINE/*Pubmed*, UpToDate e diretrizes europeias com os termos MeSH “Contraception” e “Heart Diseases”.

Resultados e conclusões: A escolha do método contraceutivo deverá ter em conta não só a doença cardíaca em si, mas também as comorbilidades e os desejos/expectativas da mulher. O uso de ferramentas como o “Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use” (Organização Mundial de Saúde) permite a avaliação da elegibilidade dos diferentes métodos em mulheres com problemas de saúde específicos. Adicionalmente, destaca-se a importância da pesquisa de possíveis interações medicamentosas entre a contraceção preferida e a restante terapêutica em curso.

De um modo geral, a contraceção hormonal combinada está contraindicada em mulheres com patologia cardíaca; não obstante, os progestativos isolados podem ser usados na maioria dos casos pelo seu baixo risco trombótico. Além disso, poderão ser necessárias precauções adicionais na colocação do implante subcutâneo ou sistema intrauterino. Os mesmos cuidados aplicam-se ao dispositivo intrauterino

de cobre, com a característica distintiva de ser um método não hormonal. A laqueação tubar apresenta como desvantagens o risco cirúrgico e a necessidade de adaptação da técnica à patologia em causa. Por último, o preservativo deve ser utilizado como um método contraceutivo adjuvante pela sua eficácia inferior, e tem como objetivo principal a prevenção da transmissão de infeções sexualmente transmissíveis.

A fim de reduzir a morbimortalidade associada à gravidez não planeada, as mulheres com patologia cardíaca devem estar informadas acerca das opções contraceptivas disponíveis. A personalização do aconselhamento com base na doença cardíaca e no desejo da mulher deve consistir no principal cuidado na decisão do método, exigindo colaboração intrínseca entre as especialidades de Cardiologia, Ginecologia e Medicina Geral e Familiar.

PD 71

PATOLOGIA TIROIDEIA E A SUA AVALIAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

Inês Costa¹

¹USF Sol Nascente - ACES Algarve Central

As hormonas tiroideias têm um papel determinante no crescimento e desenvolvimento dos órgãos, especialmente do cérebro. A disfunção tiroideia é uma patologia frequente nas mulheres, podendo afetar o período gestacional.

Apesar do feto começar a produzir hormonas tiroideias após o 1º trimestre, as hormonas maternas são necessárias para todo o desenvolvimento fetal, o que apoia a necessidade de um correto e precoce diagnóstico de patologia tiroideia na pré-concepção e na gravidez.

Durante a gestação, associado às alterações fisiológicas do organismo, surgem alterações tiroideias que tornam o diagnóstico de patologia tiroideia desafiador. Por um lado alteram os níveis de referência da hormona estimulante da tiróide (TSH) e das hormonas tiroideias, e por outro a própria gravidez mimetiza sintomas que podem ocultar uma patologia tiroideia subjacente.

Assim, este trabalho pretende rever as principais recomendações nacionais e internacionais sobre as alterações tiroideias durante a pré-concepção, gravidez e pós-parto nomeadamente o rastreio e diagnóstico de patologia tiroideia incluindo o hipertiroidismo e hipotiroidismo, nódulos tiroideus e tiroidite pós-parto.

Os valores de referência para a avaliação da função tiroideia em mulheres grávidas deveriam ser definidos consoante o método laboratorial utilizado e a população local.

O iodo é um dos principais componentes das hormonas tiroideias e durante a gravidez e amamentação as suas

necessidades diárias estão aumentadas. Em Portugal recomenda-se a suplementação diária de iodo com 150 a 200 ug/dia na pré-concepção e gravidez, excepto se existir patologia tiroideia conhecida.

O hipertiroidismo durante a gravidez parece estar associado a inúmeros riscos materno-fetais. Os sintomas de hipertiroidismo podem incluir como tremor, taquicardia, sudorese, insónia, intolerância ao calor, alterações dermatológicas e oftálmicas. O seu diagnóstico laboratorial passa por diminuição da TSH e aumento da tiroxina livre (FT4). O tratamento do hipertiroidismo durante a gravidez pode incluir vigilância, uso de anti-tiroideus ou B-bloqueantes para tratamento sintomático. Durante o primeiro trimestre da gravidez deve-se preferir o uso de Propiltioracilo ao Metamizol. O hipotiroidismo materno aumenta o risco de consequências obstétricas e pediátricas, principalmente alterações do desenvolvimento neuropsicológico. Os sintomas podem incluir cansaço, obstipação, aumento de peso e intolerância ao frio. O diagnóstico laboratorial passa por um aumento dos valores TSH e diminuição FT4. Levotiroxina sódica 1-2 microgramas/kg/dia é o tratamento de eleição e deve ser ajustado aos níveis de TSH, principalmente nas primeiras semanas da gravidez pois é comum a necessidade de aumento de dose.

A marcha diagnóstica de nódulos tiroideus inclui anamnese completa com exame objetivo, avaliação analítica da função tiroideia e ecografia ao pescoço. Caso se observem características ecográficas que apontem para malignidade deverá ser ponderada biópsia por agulha fina. O tratamento é decidido em equipa multidisciplinar e o melhor timing para a cirurgia é, de forma geral, o 2º trimestre da gravidez.

A tiroidite pós-parto é geralmente uma situação transitória, com resolução espontânea na maioria dos casos e cujo rastreio em todas as puérperas não está recomendado.

Em suma, segundo as várias guidelines consultadas não parece existir evidência que suporte a realização de um rastreio universal de patologia tiroideia a todas as grávidas, no entanto, existe consenso que, se existir sintomatologia tiroideia ou em casos de gestantes com fatores de risco para patologia tiroideia, este deve ser realizado.

Todas estas alterações tiroideias devem ser discutidas e orientadas em equipa multidisciplinar que incluam o Médico de Família, Obstetra e Endocrinologista.

PD 72

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA ABORDAGEM DA ENURESE INFANTIL – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO

Ana Luísa Monteiro¹; Catarina Campos²; Margarida Martins Costa³; Vera Gonçalves⁴; Ana Carneiro⁴; Idalina Maciel⁴

¹USF Lethes; ²USF Foz do Minho; ³USF Arquis Nova; ⁴ULSAM

Introdução: A enurese corresponde à perda involuntária de urina durante o sono, numa idade em que já seria expectável o controlo urinário (5 anos). Trata-se do problema urológico pediátrico mais comum a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com uma prevalência estimada de 15% aos 5-6 anos. Apesar de ser um problema comum e de fácil diagnóstico, pode passar frequentemente despercebido ao médico de família (MF) e apresentar elevado impacto na qualidade de vida da criança e pais.

Objetivos: Desenvolver um protocolo de atuação, de modo a facilitar a deteção, abordagem e orientação da enurese nos CSP.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica no *Pubmed*, *UpToDate*, revistas médicas portuguesas e página oficial da Associação Espanhola de Pediatria, utilizando as palavras-chave “enurese infantil” e “cuidados de saúde primários”, tendo sido selecionados os artigos mais recentes e de maior pertinência.

Resultados e conclusões: A enurese deve ser rastreada de forma sistemática nas consultas dos exames globais de saúde dos 5-6 anos, ou de forma oportunística a partir dessa idade.

Pode ser classificada em primária ou secundária, dependendo da ausência ou presença prévia de controlo vesical noturno por um período superior a seis meses, e em monossintomática ou polissintomática, em função da existência de outros sintomas urinários associados. A enurese primária monossintomática é passível de ser orientada em contexto de CSP.

A história clínica deve incluir caracterização da enurese (horário, frequência, volume e despertares noturnos), avaliação do desenvolvimento psicomotor, pesquisa de antecedentes familiares relevantes e exclusão de medicamentos com efeito diurético ou potenciais causas orgânicas. É também fundamental a realização de diários miccionais e de ingestão de líquidos, durante pelo menos 2 dias, no sentido de clarificar o mecanismo predominante na criança em estudo (poliúria noturna, capacidade vesical diminuída (CVD) ou disfunção do mecanismo de despertar (DMD)).

Devem ser avaliados os sinais vitais e a evolução estaturo-ponderal e realizado um exame objetivo completo, com especial atenção ao exame neurológico e das regiões lombossagrada, genital e anal.

Na ausência de sinais de alarme ou suspeita de etiologia orgânica, o único exame complementar necessário é a análise sumária de urina.

O tratamento deve ser individualizado e oferecido a todas as crianças e famílias, uma vez que contribui para uma franca melhoria da qualidade de vida dos mesmos. A intervenção educacional constitui uma das primeiras linhas de tratamento, e inclui um conjunto de medidas cujo objetivo é melhorar os hábitos miccionais e intestinais da criança. Nas crianças com poliúria noturna, a desmopressina também pode ser utilizada como tratamento de primeira linha, enquanto nas crianças com predomínio de CVD ou DMD, é proposta a associação do alarme de enurese.

A referenciação para consulta especializada deve acontecer nas situações de enurese polissintomática ou secundária, de ausência de controlo sintomático apesar do tratamento ou de recorrência dos episódios enuréticos.

Portanto, sendo o MF o principal responsável pela vigilância de saúde infanto-juvenil, importa relembrar a importância do rastreio sistemático da enurese a nível dos CSP. Além disso, esta entidade apresenta um elevado risco de disfunção psicossocial, tanto na criança como nos pais da mesma, sendo, portanto, fundamental o papel do MF no diagnóstico e intervenção precoces e também na abordagem holística destas famílias.

PD 73

DISTÚRBO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E SUA ABORDAGEM

Pedro Carretas¹; Paula Rodrigues²

¹UCSP São Pedro do Sul; ²UCSP Penalva do Castelo

Introdução e objetivo(s): O distúrbio de stress pós-traumático (DSPT) caracteriza-se por efeitos somáticos, cognitivos, afetivos e comportamentais subsequentes a um trauma psicológico. O médico de família (MF) desempenha um papel de suma importância na identificação e orientação dos indivíduos mais suscetíveis. Pretende-se sistematizar os principais fatores de risco e protetores da DSPT, rever a abordagem do doente e indicar as diferentes fases de tratamento desta entidade.

Metodologia: Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica em livros de texto e normas de orientação clínica, pesquisa de artigos publicados na última década, em inglês e português, nas bases de dados *Pubmed*, *Cochrane Library* e *UpToDate*, utilizando os termos MeSH: posttraumatic disorder, adults.

Resultados: A prevalência DSPT varia em função da ocorrência indutora e dos fatores de vulnerabilidade do indivíduo. A maioria da população confronta-se com um ou mais

acontecimentos traumáticos ao longo da sua vida, mas apenas uma minoria desenvolverá DSPT. Para além disso, há indivíduos que não são expostos a acontecimentos traumáticos e que podem vir a desenvolver DSPT. Perante uma situação indutora de stress, o mais importante a ser considerado não é o que acontece, mas o que o utente percebe ou sente. Existem fatores de risco como o género, idade, baixos níveis de escolaridade e socioeconómico, estado civil e antecedentes familiares ou pessoais psiquiátricos. Salientam-se ainda fatores protetores, como o apoio social, que incluem os recursos da rede social, o comportamento de apoio e avaliação subjetiva do apoio, e a resiliência do indivíduo. A irritabilidade e a insónia são sintomas frequentes, bem como a avolia, sintomas depressivos, memórias recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento e flashbacks. O seu diagnóstico é feito quando estes sintomas persistem durante pelo menos quatro semanas após o trauma. O tratamento da DSPT divide-se em três etapas: a educação da vítima, psicoterapia e tratamento psicofarmacológico.

Discussão: O MF, na sua abordagem holística, deve estar alerta para os indivíduos em maior risco de desenvolverem DSPT. Cabe ao MF, numa fase inicial após o evento, explicar antecipadamente os sintomas que poderão vir a acontecer, tranquilizando o doente e incentivando-o a falar da experiência traumática. O tratamento farmacológico encontra-se reservado para os casos de persistência de sintomas ao fim de 4 semanas, com o intuito de tentar diminuir os pensamentos intrusivos, hipervigilância, irritabilidade, ansiedade e os sintomas depressivos.

PD 75

PNEUMONIA ORGANIZATIVA DOENTE SOB QUIMIOTERAPIA

Sandra Suescún Sepúlveda¹

¹Hospital José Joaquim Fernandes

Doente do sexo masculino de 55 anos de idade, residente em São João de Negrilhos

AP:HTA; Dislipidemia; Doença de Hodgkin, Esclerose Nodular Estádio II-B, índice prognóstico (Hasenclever): 2

Em 05 jan/2021 iniciou Qx- protocolo ABVD, previstos 6-8 ciclos, com reavaliação após de 4 ciclos (PET)

MH: atorvastatina 20 mg; gabapentina 100 mg; alopurinol 300 mg, cetoprofeno 200 mg, losartan + HCTZ 100+125.5 mg

Recorreu ao SU por cansaço fácil de uma semana com agravamento, associado a febre de 38.5°C, três dias antes de vir ao SU, esteve com seu MGF iniciou AB em contexto de ITU.

Avaliação no SU doente polipneico com sO₂ 78% ao aa iniciou ventury 10 lt com sO₂ 87%, PA 137/100 mHg FC ~130 bpm T° 37.4°C

Pele e mucosas descoradas e hidratadas

AC tons taquicárdicos, AP MV mantido com fervores bibaisais

Analicamente: Hemograma com anemia normo HB 10.4g/dL leucocitose 12680 Neutrofilia 91.3%

VS 104 mm/hr, Ionograma K+ 3.1 Na+ 138 Cl 99 Ca 1.12 GSA ph 7.506 pCO₂ 36.7 pO₂ 41.1 sO₂ 77.7% HCO₃ 29.1. Alcalose metabólica com hipoxemia

Função renal creatinina 1.83 mg/dL, ureia 56 mg/dL TFG 40.65

MCD's

ECG taquicardia sinusal 129 bpm

Rx tórax cardiomegalia, infiltrados difusos predominio à direita

TC Tórax; existem multiples condensações em "vidro polido" bilaterais, sem distribuição preferencial, que atribuímos a provável pneumonia organizativa. Associa-se densificação do interstício pulmonar com elementos fibróticos dispersos (Pneumonia intersticial linfóide? efeitos secundários da Qx associados a Edema Pulmonar e sobre infeção?)

Doente teve necessidade de VNI que não tolerou, pelo que foi transfeido para UCI com VMI.

Temos que observar o doente como um todo, lamentavelmente o doente terminou por falecer com um Dx de Pneumonia Organizativa

PD 76

HIPERPLASIA NODULAR FOCAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MÚLTIPLOS NÓDULOS HEPÁTICOS

Catarina Gomes Madeira¹; Susana Vieira¹

¹USF Benfica Jardim

Introdução: A hiperplasia nodular focal (HNF) é a segunda lesão hepática benigna mais frequente. Apresenta-se normalmente como uma lesão solitária e é mais comum no sexo feminino. O espectro de apresentação da HNF varia de indivíduos assintomáticos a sintomas inespecíficos, sendo o diagnóstico frequentemente acidental.

Descrição: Apresenta-se o caso de uma mulher de 60 anos, com antecedentes de perturbação afetiva bipolar tipo 1, obesidade grau 1 e hábitos tabágicos (60 unidades maço ano). Recorreu à consulta na sua unidade de saúde por aumento do perímetro abdominal com 12 meses de evolução, com ligeiro desconforto abdominal associado, apresentando um exame objetivo inocente. Do estudo pedido, destacou-se na ecografia abdominal uma imagem hipoecóica no lobo esquerdo com cerca de 41 milímetros. Para caracte-

terização da lesão foi realizada tomografia computadorizada abdominal com contraste que revelou múltiplos nódulos, dispersos pelos lobos direito e esquerdo, achados sugestivos de metastização hepática difusa. Após referenciação a consulta de oncologia, realizou ressonância magnética nuclear que confirmou múltiplas lesões com características indeterminadas, pelo que foi necessária caracterização histológica, tendo a biópsia revelado hiperplasia nodular focal. **Conclusão:** A apresentação de HNF com múltiplos nódulos é pouco frequente, o que dificulta o processo diagnóstico desta entidade, sendo necessário excluir outras lesões hepáticas sólidas malignas. Face ao curso benigno desta patologia, nenhuma atitude terapêutica é recomendada, exceto no caso de sintomas incomuns, como dor abdominal persistente, em que pode ser necessária ressecção cirúrgica.

PD 77

QUANDO A SUPLEMENTAÇÃO NÃO É EFICAZ NUM DÉFICE DE FERRO: RELATO DE CASO

Joana Carvalho Antunes¹; Carla Pereira Gomes¹; Elizabeth Pinto¹; Francisca Cardia¹; Olívia A. Costa¹; Vanessa Salvador Nunes¹
¹USF Terras de Azurara

Introdução: A infeção por *Helicobacter pylori* (Hp) tem uma prevalência mundial elevada e estima-se que em Portugal ronde os 84%. No entanto, apesar da maioria dos doentes serem assintomáticos, esta infeção crónica associa-se a várias patologias como a doença ulcerosa péptica, adenocarcinoma gástrico e linfoma MALT. Assim, a deteção precoce e tratamento desta infeção assumem um papel importante na prevenção das suas potenciais consequências.

Descrição: Jovem do sexo feminino com 18 anos, inserida numa família nuclear e independente para as atividades de vida diária. Seguida em consulta de ginecologia por anemia ferropénica associada a menorragias, tendo alta em Abril de 2021 após normalização analítica e regularização do padrão menstrual com o início de contraceptivo oral combinado. Sem outros antecedentes pessoais relevantes.

Pedido de contato telefónico no início de Maio de 2021, onde refere quadro de cansaço e noção de perda ponderal e negava perdas hemáticas ou sintomas gastrointestinais. Dados os antecedentes de anemia foram pedidas análises que revelaram diminuição dos níveis de ferritina. Por se tratar de uma utente que fazia uma alimentação adequada, equilibrada e sem restrições foi começada suplementação com ferro oral e feito controlo analítico no mês seguinte, que evidenciava diminuição dos níveis séricos de ferro, isoladamente. Devido à manutenção do défice de ferro, apesar da suplementação oral, foram tidas em conta outras causas de ferropenia e

consequentemente pedido um teste da urease respiratória que se revelou positivo. Após mais dois meses de suplementação com ferro oral e irradicação da Hp foi efetuado novo controlo analítico com normalização dos parâmetros, tendo havido também resolução do quadro clínico inicial.

Conclusão: Com grande frequência deparamo-nos com doentes que têm anemias ferropénicas ou ferropenias isoladas, sendo estes ótimos candidatos para pesquisa de infeção por Hp, muitas vezes causadora destas alterações analíticas. O relato deste caso clínico visa a sensibilização para a existência de outras causas e sintomas associados à infeção por Hp, para além da dispepsia. Assim, o Médico de Família assume um papel de extrema importância na suspeição, investigação e orientação desta e de outras entidades nosológicas, dado ser muitas vezes o primeiro contacto que o doente tem com os Cuidados de Saúde.

PD 79

VACINADO POR BARRÉ

Leonor Carrapatoso¹; Carina Cunha¹
¹USF Lagoa, ULSM

Introdução: A síndrome Guillan-Barré (SGB) é uma polineuropatia motora desmielinizante aguda autoimune, em regra decorrente de infeção viral. A incidência é de 1-2 casos por 100.000/ano e aumenta com a idade, atingindo mais homens. O diagnóstico inicial é clínico, geralmente com paralisia flácida e arreflexica ascendente, podendo levar à paralisia quase completa das extremidades, musculatura facial, respiratória e bulbar.

Descrição: TMA, mulher, 56 anos, empregada doméstica, casada, cuidadora de família alargada. Antecedentes: obesidade, dislipidemia, hipotireoidismo, ansiedade, gonartrose esquerda e síndrome do túnel cárpico bilateral. A 14 e 18/07/2021, recorre ao serviço de urgência (SU) por fadiga, parestesias do hemicorpo direito e dor mecânica na região lombossagrada. Assumido diagnóstico mais provável radiculopatia, e teve alta após melhoria com analgesia. Por necessitar de certificado de incapacidade temporária vai à consulta aberta na USF, após 1ª ida ao SU, constatando-se melhoria das parestesias, mas agravamento da dor e cansaço, que associava a situação familiar desgastante. No dia 21, por persistência da lombalgia, parestesias do pé direito e sensação de paralisia, recorre novamente ao SU, sendo internada para estudo por ortopedia. Em internamento foi constatada perda progressiva da força muscular dos 4 membros, tonturas, incontinência urinária, poliaquiúria e obstipação, com episódio de perda de controlo do esfíncter anal. A clínica e exame neurológico fez suspeitar de SGB, com a punção lombar corroborar o diagnóstico. O estudo

laboratorial excluiu etiologias mais frequentes, admitindo-se, como mais provável, a inoculação da vacina Janssen contra a COVID19 a 02/06. Alta a 24/08 para o Centro de Reabilitação do Norte, onde iniciou o processo de reabilitação.

Conclusão: Apesar do prognóstico da SGB ser normalmente favorável, com a maioria dos doentes a recuperar totalmente ou mantendo apenas défices motores reduzidos, o seu diagnóstico atempado é decisivo na evolução clínica, evitando potenciais complicações. A vacinação constitui a intervenção mais efetiva no combate à COVID19, no entanto, o risco de complicações neurológicas pós-vacinais permanece desconhecido, e o seu conhecimento é de interesse para a saúde pública. Este caso alerta-nos para a importância de uma anamnese que explore todos os sistemas, e simultaneamente, sendo a utente cuidadora da família, relembra o papel do médico de família na readaptação familiar.

PD 80

URTICÁRIAS, HÁ MUITAS!

Ana Margarida Lopes Simões¹; Bárbara Oliveira¹; Tânia Ferreira¹; Ana Isabel Santos¹

¹USF A Ribeirinha

Introdução: A Micose Fungóide é o linfoma cutâneo mais comum de células T. Apresenta-se normalmente na pele, mas com potencial para envolvimento de gânglios linfáticos, sangue ou outros órgãos. As lesões cutâneas podem incluir manchas ou placas que tanto podem estar localizadas ou disseminadas. A sua etiopatogenia continua por esclarecer, mas pensa-se que possa haver envolvimento genético.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 67 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial (HTA) e Dislipidemia. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos conhecidos.

Em Junho de 2021, na consulta de seguimento da sua HTA, refere que tinha umas manchas no corpo – sic. Ao exame objetivo apresenta manchas eritematosas e pruriginosas generalizadas e dispersas, mais a nível do tronco. Após avaliação das mesmas, considerámos que seria uma provável urticária, tendo sido medicada com anti-histamínico e um corticoide oral.

Nos meses seguintes, recorreu por mais 3 vezes à consulta de Intersubstituição por persistência e agravamento das queixas. No entanto, na última consulta foi realizado Telerrastreio Dermatológico com encaminhamento da utente para a consulta hospitalar.

Na consulta de Dermatologia, para além das manchas ini-

cialmente descritas, a nível cervical apresentava placas, com provável infiltração e adenopatias cervicais. Foi realizada biopsia excisional da lesão, cujo resultado anatomopatológico referia “infiltração linfóide da derme superficial e reticular com escasso epidermotrofismo; é constituído por pequenos e médios linfócitos com expressão imunofenotípica de CD3 e CD4 (+++) e CD8 (+), escassa presença de células CD30 +, dispersas, favorecendo o diagnóstico de Micose Fungóide em fase de placa/ tumor”. Foi realizado tratamento com fototerapia (15 sessões de PUVA) sem melhoria clínica pelo que iniciou radioterapia.

Foram realizadas mais biopsias de adenopatias a nível da região cervical que confirmaram mais tarde o envolvimento da medula óssea.

Discussão: Como é sabido, a Micose Fungóide pode mimetizar outras dermatoses. Através do Telerrastreio Dermatológico que existe no nosso hospital, foi possível enviar imagens das lesões aos colegas dermatologistas que rapidamente orientaram a doente para o melhor tratamento possível.

O quadro clínico era reservado, pelo que a utente acabou por falecer.

PD 81

GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA. DIAGNÓSTICO PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR?

Gonçalo Valbom¹; Maria José Barradas¹; Daniela Oliveira¹; Cláudia Sofia Rodrigues¹; Luís Duarte¹; Luís Fonseca¹; Sofia Néri de Jesus¹

¹ACES Dão-Lafões- USF Grão Vasco

Introdução: A gastroenterite eosinofílica (GEE) é um distúrbio inflamatório, que se caracteriza por infiltração eosinofílica do estômago e/ou do duodeno. É mais comum no género masculino e manifesta-se em qualquer faixa etária, sendo mais comum entre a terceira e a quinta décadas de vida. Com o caso clínico, alertamos para a importância de manter este diagnóstico em mente, apesar da sua raridade, no momento de abordar um doente com quadro gastrointestinal e alterações analíticas. Além disso, revemos a marcha diagnóstica, a exclusão de diagnósticos diferenciais, e a terapêutica.

Descrição: Homem, 50 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal, com 4 dias de evolução, acompanhado de diarreia, náuseas e distensão abdominal, refratários à terapêutica com antiespasmódicos. Referia também mau estar geral, anorexia e cansaço. Sem antecedentes patológicos relevantes e sem medicação habitual. Ao exame objetivo, apenas presença de candidíase oral, sem outras alterações relevantes. Analiticamente, apresentava leucocitose

com neutrofilia e eosinofilia marcadas. Estudo imagiológico sem alterações. Foi internado por manutenção de sintomas e estudo etiológico, do qual se destaca: serologias e auto-imunidade negativas; imunoglobulinas normais; medulograma com imunofenotipagem e biópsia óssea sem alterações; estudo genético em relação com eosinofilia foi negativo. Realizou colonoscopia com biópsias: no córion, observou-se edema, congestão e acentuado infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, com participação de frequentes eosinófilos e alguns neutrófilos, com permeação de alguns eosinófilos e neutrófilos no epitélio vilositário - estas alterações são compatíveis com ileo-colite. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou gastropatia ulceroerosiva do antro. Iniciou predisolona 40 mg id e evicção alimentar. Teve alta, mantendo seguimento em consulta externa de Medicina Interna, com controlo analítico e imagiológico. Ao fim de 1 mês, o quadro de dor manteve-se e houve necessidade de reajustes terapêuticos. **Conclusão:** A GEE é um diagnóstico raro que exige um elevado grau de suspeição, e implica um acompanhamento cuidadoso. Este caso em específico aconteceu durante o estágio de formação complementar obrigatória de urgência em Medicina Interna, no entanto, pelo quadro clínico apresentado poderia facilmente ser um doente que recorresse ao Centro de Saúde com as mesmas queixas. Assim sendo, torna-se fundamental estar atento para casos semelhantes, que apesar de raros, existem.

PD 82

PRESCRIÇÃO DE CONTRACETIVOS HORMONAIS ORAIS COMBINADOS (CHC)

Nataliia Lazanovska¹; Jorge Bruno Pereira²; Svitlana Kachan¹; Andrea Bevin³

¹UCSP Vila Velha de Ródão; ²UCSP São Miguel; ³UCSP São Tiago

Introdução: Segundo a DGS os CHC orais constituem um método contraceptivo eficaz com benefícios que ultrapassam as vantagens contraceptivas, sendo o mais utilizado em Portugal. No entanto, um número significativo de mulheres apresenta várias contra-indicações para o seu uso, nomeadamente quando existe obesidade (IMC>35kg/m²), Hipertensão Arterial (HTA) ou tabagismo em mulheres com idade > 35 anos (classe 3).

Objetivo: Avaliar a prescrição dos CHC nas consultas de Planeamento Familiar (PF) na população alvo; apresentação com análise dos dados obtidos; sensibilizar os profissionais de saúde para as indicações e contra-indicações de prescrição de CHC existentes na Norma; avaliar o impacto da intervenção.

Metodologia: Estudo de avaliação e melhoria contínua da qualidade para monitorizar a prescrição dos CHC nas con-

sultas de PF na população alvo em dois ficheiros da UCSP S.Miguel, um da UCSP São Tiago e um da UCSP Vila Velha de Rodão. Trata-se de uma avaliação retrospectiva, interna e interpares de duas amostras seletivas de 558 utentes de base institucional. Os dados foram extraídos dos processos clínicos dos utentes (SClínico®). Colheita de dados: Abril 2019. Tratamento de dados: Microsoft Excel. Critérios de avaliação: a) prescrição de CHC; b) utente com programa de PF ativo; c) utente com programa de HTA ativo; d) utente com idade > 35 anos e < 49 anos; e) utente com consumo superior a 15 cigarros/dia; f) utente com registo de IMC > 35Kg/m². Como medidas corretoras, a norma foi discutida com os médicos responsáveis dos ficheiros em estudo e aproveitar-se-ão os resultados obtidos para sensibilizar todos os profissionais das unidades. Reavaliação: Agosto 2019.

Resultados: Foram incluídas um total de 558 utentes. Destas, 111 são fumadoras das quais 6,2% (n=35) estavam a fazer CHC.

Relativamente às utentes com IMC >35kg/m² (n=123) que utilizam CHC como método contraceptivo, foi identificado um 6% do total (n=33).

Nas utentes com o programa de HTA ativo (n=108) verificou-se que 5% utiliza CHC como método contraceptivo (n=28).

Após a intervenção, no caso das utentes com hábitos tabágicos foi verificada uma diminuição para 4,8% (n=27); nas utentes com IMC>35Kg/m² foi registada uma otimização da prescrição para 5% (n=28) e nas utentes com HTA ativo, 4,6% (n=26);

Discussão: Os resultados obtidos (14,5%) apresentam uma melhoria face ao ponto de partida (17,2%), no entanto, existe bastante margem para a otimização e individualização na prescrição dos métodos contraceptivos. A presente intervenção apresentou várias limitações: subcodificação dos problemas de saúde; utentes que não comparecem às consultas há vários anos; utentes deslocados da área de influência da sua unidade de saúde. Este trabalho funcionará como ponto de partida para uma melhor qualidade na prescrição de métodos contraceptivos.

PD 83

CONTRACEÇÃO DE LONGA DURAÇÃO, SIM OU NÃO?

Carina Cunha¹; José Caetano Silva¹; Nídia Silva¹; Raquel Reis Lima¹; Carla Longras¹; Helena Brandão¹; Joana Teixeira e Silva¹

¹USF Lagoa, ULSM

Introdução: Existem diferentes métodos de contraceção disponíveis que procuram assegurar a liberdade, individualização e segurança na escolha contraceptiva e contribuir

para a diminuição da gravidez não desejada e o recurso ao aborto. Os diversos métodos possuem diferentes indicações e eficácias, podendo tornar desafiante a escolha do mais indicado para cada caso. Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) são a opção preferencial na prevenção de gravidezes indesejadas, quando comparados aos métodos de curta duração (SARC), uma vez que estes não estão dependentes da utilizadora.² Contudo, pode existir alguma hesitação por parte dos médicos assistentes em introduzir um LARC, especialmente em utentes jovens nulíparas, o que se reflete num uso francamente baixo de LARC nesta população. Assim, e uma vez que o correto aconselhamento é indispensável para garantir a efetividade de um contraceptivo, é fundamental que os profissionais de saúde que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva estejam atualizados.

Objetivos: Os objetivos específicos deste ciclo de melhoria de qualidade foram garantir a qualidade de prescrição de LARC nas jovens através da avaliação da prevalência de jovens férteis e nulíparas com LARC e com SARC, averiguando se a opção de LARC foi oferecida; bem como aumentar oferta contraceptiva nas jovens pelo Médico.

Material e métodos: Foi realizado um estudo de melhoria contínua de qualidade onde foram estudadas as mulheres jovens (16-25 anos) inscritas na Unidade de Saúde Familiar, com coitarca, sendo excluídas utentes submetidas a esterilização, grávidas, falecidas, transferidas de unidade e sem menarca. O período de estudo foi de março a setembro de 2021, sendo realizada uma formação sobre contraceção em abril. Após aprovação pela Comissão de Ética, os dados foram colhidos através da análise dos processos clínicos eletrónicos, devidamente encriptados e posteriormente analisados utilizando Microsoft Excel, comparando a oferta contraceptiva pré e pós formação.

Resultados e conclusões: De uma amostra de 946 utentes, 261 cumpriam os critérios definidos e apenas 11,9% destas utilizavam LARC. Foi constatado que, posteriormente à intervenção, houve um aumento de 32,2% no número de utilizadoras de LARC (sendo que se consideradas as 10 que aguardam colocação, o aumento é de 64,5%) e verificou-se que 14 mulheres mudaram de SARC para LARC. Após intervenção a oferta de LARC foi de 22,2% das mulheres em estudo. Assim, apesar da limitação da dependência dos registos clínicos e do curto período de estudo, foi possível observar uma alteração no paradigma com esta intervenção e um aumento da oferta de LARC.

PD 84

INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DISPONÍVEIS PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER NO PERÍODO PERI-MENOPAUSA

Mariana Trindade¹

¹USF Coimbra Norte

Introdução: A menopausa, definida pela ausência de menstruação há pelo menos 12 meses, marca o culminar da fase reprodutiva feminina. Decorre entre os 45 e os 55 anos, influenciada por fatores genéticos e estilo de vida. Simultaneamente, as alterações hormonais devido ao estado generalizado de hipoestrogenismo característica desta fase desencadeiam diversos sintomas – vasomotores (afrontamentos), urogenitais (secura vaginal), sexuais (dispareunia), alterações de humor, depressão, distúrbios do sono (insónia), cefaleias, ganho de peso, entre outros. Desta forma, afeta a qualidade de vida consoante a presença e gravidade dos sintomas, originados tanto por esta diminuição de estrogénios circulantes como por fatores do foro emocional e cultural, bem como pelo próprio envelhecimento.

Objetivos: O presente trabalho tem enfoque nos instrumentos de medição disponíveis para avaliar a qualidade de vida da mulher no período peri-menopausa. Dado que este processo implica alterações a vários níveis é importante que seja monitorizado com o intuito da manutenção do seu bem-estar.

Material e métodos: Pesquisaram-se termos como “menopause” e “quality of life” nas plataformas *Pubmed*, *SciELO*, *B-on* e *Bibliotecas Digitais de Universidades*. Aplicaram-se filtros de pesquisa, tais como: disponibilidade de aceder livremente ao artigo na íntegra, ordenação por relevância, considerando-se as primeiras 5 páginas de resultados, artigos escritos em inglês ou português rejeitando-se qualquer outro idioma. Restringiu-se a pesquisa para os artigos mais recentes do último ano com o intuito de obter instrumentos de avaliação adequados e utilizados na atualidade.

Com a aplicação dos filtros foram encontrados 266 resultados. Destes, foram excluídos os artigos que utilizaram escalas de medição de qualidade de vida generalistas e não adaptadas à mulher no período peri-menopausa. Excluíram-se também os estudos que não tinham como população mulheres no período peri-menopausa. Foram incluídos artigos à escala mundial, não se impondo restrições geográficas de qualquer índole. Da pesquisa inicial foram analisados 16 artigos e destes foram extrapolados os instrumentos de medida que atingiam os critérios de inclusão. Daqui resultaram quatro escalas: *The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)*, *The Women’s Health Questionnaire (WHQ)*, *Menopause Rating Scale (MRS)*, *Utian Quality of Life (UQOL)*. Foram submetidos a

análise individual quanto ao seu intuito e atuação, forma de preenchimento, descrição dos domínios e número de itens, bem como quanto à qualidade.

Resultados e conclusões: O MENQOL é um instrumento de medição de autopreenchimento completo, mas sem ser exaustivo, com enfoque nas dimensões importantes para a avaliação da qualidade de vida da mulher peri-menopausa. O WHQ é um instrumento de medição da percepção da saúde emocional e física da mulher peri-menopausa e revelou grande utilidade na avaliação dos resultados de intervenções relacionadas com a menopausa, sendo sensível para detetar eficácia de tratamentos e seus efeitos adversos. O MRS apresenta-se como um instrumento de medição útil, tendo a desvantagem de ter sido validado tendo por base a comparação com o Índice de Kupperman, usado para monitorizar clinicamente sintomas da menopausa e não para medir qualidade de vida. O UQOL revelou-se prático de administrar e fácil de cotar, repetível ao longo do tempo e com elevada sensibilidade às alterações da qualidade de vida no período peri-menopausa.

Após comparação das características dos instrumentos de medição constata-se que o questionário MENQOL é o mais utilizado e recomendável para medir a qualidade de vida nas mulheres peri-menopausa ao longo do tempo. Enaltece-se a importância de conhecer a mulher nas suas particularidades, ou seja, no seu contexto sociocultural e no seu período pré-menopausa, que se torna fundamental para uma correta intervenção na sua saúde, resultando num grande impacto ao nível do bem-estar e mesmo esperança de vida.

PD 85

USO DE ACICLOVIR NO TRATAMENTO DA VARICELA NA IDADE PEDIÁTRICA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Rosário Sargaço Raimundo¹; Helena Barbosa²

¹USF Marquês, ACeS Pinhal Litoral, ARS Centro; ²USF S. Martinho de Pombal, ACeS Pinhal Litoral, ARS Centro

Introdução: A varicela é uma doença infecciosa frequente e altamente contagiosa, causada pelo vírus da varicela zoster, em que a infecção primária resulta em lesões cutâneas disseminadas características, comumente conhecidas como varicela. O vírus estabelece latência vitalícia nos gânglios da raiz dorsal, onde pode ser reativado e causar erupções cutâneas localizadas conhecidas como herpes zóster. Tradicionalmente, na varicela recomenda-se o tratamento dirigido aos sintomas, existindo controvérsias sobre o papel dos antivirais, principalmente em crianças e adolescentes.

Objetivo: Rever a evidência sobre a eficácia do aciclovir no tratamento da varicela em idade pediátrica, com base em trabalhos publicados na literatura.

Materiais e métodos: Pesquisa de *guidelines*, meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados e controlados em plataformas online de Medicina Baseada na Evidência, publicados até dezembro de 2019, em língua inglesa e em humanos. Utilizou-se os termos Mesh “Acyclovir AND Chickenpox” e como fonte de dados a MEDLINE/ Pubmed, The Cochrane Database, DARE, Centre for Reviews and Dissemination - University of York, NICE, National Institute for Health and Care Excellence e BMJ, British Medical Journal. Para atribuição do nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR) foi utilizada a Strength of Recommendation Taxonomy (SORT), da American Academy of Family Physicians. O título e o resumo dos estudos foram avaliados para exclusão de estudos irrelevantes para a revisão em questão.

Resultados: A pesquisa resultou em 59 artigos dos quais, após leitura dos títulos e exclusão dos artigos duplicados. Foram considerados critérios de inclusão: idade pediátrica e avaliação do efeito aciclovir vs placebo e critérios de exclusão: estudos em adultos, coexistência de patologias como neoplasias, doenças reumáticas ou presença de outras infeções e compromisso da imunidade. Assim, apenas foram selecionados 3 artigos científicos para leitura integral: 2 revisões sistemáticas (RS) e 1 estudo retrospectivo (ER). Uma RS indica que o aciclovir parece ser eficaz na redução do número de dias com febre e a outra conclui que o aciclovir pode não diminuir complicações associadas à varicela. Ambas apresentam resultados inconsistentes em relação ao número de dias sem novas lesões ou alívio do prurido. No ER o uso de aciclovir oral foi limitado aos casos de doença grave e crianças imunocomprometidas e recomendada administração 24 horas após início da doença.

Conclusões: Desta revisão destaca-se a escassez de evidência e investigação científica robusta e atualizada, sendo necessários ensaios clínicos randomizados, com metodologia rigorosa e uniformizada. Os artigos reunidos têm NE 2 (2 artigos) e NE 3 (1 artigo) verificando-se aparente eficácia da administração do aciclovir na varicela em idade pediátrica perante doença grave e em casos de imunossupressão, não existindo resultados que suportem a recomendação (FR B).

PD 86

O EFEITO DO MEL NO ALÍVIO DA TOSSE EM IDADE PEDIÁTRICA – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Joana Balseiro¹; Ana Sofia Cerqueira Martins²; Francisca Mendes¹; Dora Ribeiro¹

¹USF BRIOSA; ²USF Coimbra Sul

Introdução: A tosse é um sintoma muito frequente nos Cuidados de Saúde Primários quer em adultos, quer na idade pediátrica. Pelo desconforto e impacto negativo provocado, os doentes e pais/cuidadores procuram frequentemente por medidas de alívio. O mel é conhecido por ter propriedades anti-inflamatórias e é, por vezes, utilizado empiricamente pela população para alívio da tosse, o que justifica a necessidade de encontrar uma fundamentação científica para o seu uso.

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo comparar a eficácia do efeito do mel no alívio da tosse com outras terapêuticas ou placebo.

Material e métodos: Foram considerados estudos de doentes em idade pediátrica do sexo feminino e do sexo masculino com sintomas de tosse, em que foi testada a eficácia do mel versus placebo ou terapêuticas sintomáticas habituais. A pesquisa incluiu ensaios clínicos e revisões publicados nos últimos 10 anos, em língua inglesa e portuguesa. Foi usada como base de dados a *Pubmed* e *Scopus*, utilizando como termos MeSH “cough” e “honey”.

Resultados e conclusões: A pesquisa resultou num total de 31 artigos, dos quais 10 eram duplicados e 7 foram excluídos após leitura do título. De seguida, após leitura do título e resumo, foram excluídos 9 artigos por não cumprirem critérios de inclusão, restando 5 para a leitura integral: 4 ensaios clínicos e 1 ensaio clínico com breve revisão de literatura.

Através da análise dos artigos selecionados verifica-se que em todos a toma de mel teve eficácia, pelo menos semelhante ou superior à toma de placebo ou comparativamente a outras terapêuticas no alívio da tosse.

Em dois estudos, um em que se comparou a toma de mel com 2 antitússicos e o outro em que se comparou com um medicamento fitoterápico, verificou-se que a eficácia do tratamento com mel foi semelhante à dos respetivos comparadores.

Noutro estudo a toma de mel foi comparada com placebo, constatando que o mel parece ser um tratamento preferível para a tosse e para a dificuldade no sono que daí advém. Nos restantes dois estudos analisados comparou-se também a eficácia do mel com salbutamol e carbocisteína, respetivamente, constatando maior alívio sintomático com a toma de mel.

Apesar de, através da análise dos artigos encontrados, se

verificar que a toma de mel parece ter alívio semelhante ou até superior comparando com placebo ou outras terapêuticas sintomáticas, é de realçar que os artigos se baseavam numa população pediátrica, utilizando “outcomes” e indicadores distintos para avaliar a melhoria da tosse, o que dificulta a sua generalização para a idade adulta. Em suma, foram encontradas evidências do efeito benéfico do mel no alívio da tosse, mas há ainda uma necessidade premente de realizar mais estudos para avaliar a sua eficácia.

PD 88

DOUTOR O MEU BEBÉ ANDA A VOMITAR...

Ana Catarina Andrade Nascimento¹; Luís Miguel Paixão¹; Cátia Valesca Nunes Solis¹; Ana Sofia Coelho Carvalho Martins Monteiro¹

¹USF Coimbra Centro

Introdução: Estenose hipertrófica do piloro é a obstrução do lúmen do piloro por hipertrofia muscular do piloro. Pode causar a obstrução quase completa do canal gástrico. O diagnóstico é feito por ecografia abdominal. O tratamento é cirúrgico. Afeta 2 a 3 em cada 1.000 lactentes, sendo mais comum no sexo masculino, particularmente nos primogénitos. Ocorre mais frequentemente entre 3 e 6 semanas de idade e raramente após 12 semanas. Trata-se de uma patologia que surge em crianças saudáveis, sendo o médico de família muitas vezes o primeiro a avaliar a situação.

Descrição: Rapaz com 4 semanas de vida, primogénito, em família nuclear funcional.

Mudança do padrão das mamadas a partir das 3 semanas, com mais sofreguidão a mamar, e ligeiro aumento das quantidades bolsadas. Vômitos por vezes associados, mas sem alteração da boa progressão estado-ponderal. Sem vômitos em jato. Melhoria parcial do quadro com a realização de mamada com pausas. Sem outras queixas associadas. Apesar do quadro aparentemente ligeiro e sem aparente repercussão no estado geral da criança, por noção clara de mudança no padrão do bolar com vômitos de novo e maior sofreguidão, encaminhado para pediatra assistente que após realização de ecografia abdominal detetou estenose hipertrófica do piloro com valor de espessamento de 4.8 mm. Realizada pilorotomia por via laparoscópica com sucesso e resolução do quadro nos dias seguintes.

Conclusão: A Estenose Hipertrófica do Piloro é a causa cirúrgica mais frequente de vômitos do recém-nascido e lactente. Um bom diagnóstico é fundamental para a instituição de um plano terapêutico eficaz. Constatou-se que a fundamentação teórica desta patologia bem como as suas manifestações coincidiram com os sintomas que este bebé apresentou. A identificação precoce de que o caso poderia

encaixar-se na patologia que lhe correspondia, evitou evolução prolongada bem como as suas possíveis consequências de desidratação e perda ponderal. A referenciação precoce permitiu a confirmação diagnóstica e intervenção atempada.

Mensagens chave: - A estenose hipertrófica do piloro é mais comum no sexo masculino e primogénito, entre as 3-6 semanas de idade; - Os vômitos ocorrem logo após alimentação do lactente (< 3M); - O diagnóstico é feito por ecografia abdominal

Importância específica do caso: A realização deste estudo de caso permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos sobre esta patologia, de forma a estar atenta a qualquer caso suspeito, devido à sua baixa prevalência. A meu ver, penso que o diagnóstico precoce será fundamental de forma a estabelecer uma ligação entre o recém-nascido, a mãe e a patologia associada, contribuindo desta forma para a elaboração de um plano de cuidados direcionado a uma pessoa específica com as suas próprias características e fragilidades.

Palavras-chave: Estenose Hipertrófica do Píloro; Vômitos em jato

PD89

PAROTIDITE: UMA DOENÇA DO PASSADO?

Dora Ribeiro¹; Joana Balseiro¹; Natália Guerreiro¹; Sara Pinho¹
¹USF BRIOSA

Enquadramento: Em Portugal, a prevenção primária da parotidite epidémica é contemplada no Programa Nacional de Vacinação (PNV) desde 1987. Esta doença, atualmente pouco frequente devido à sua prevenção primária, é provocada por um paramixovírus que se transmite através de gotículas ou contacto direto com saliva infetada, com período de incubação de 12 a 24 dias. Geralmente, manifesta-se inicialmente por sintomas inespecíficos como anorexia, náuseas, mialgias e febre (geralmente baixa), que precedem a hipertrofia dolorosa das parótidas e eventualmente das glândulas sublinguais. Esta patologia pode cursar ainda com odinofagia e sintomas respiratórios.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 84 anos, raça caucasiana, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu à consulta do dia, em fevereiro de 2020, por odinofagia em D6, tosse produtiva e febre em D4, um a dois picos diários, com temperatura axilar máxima de 38,3°C. Referia ainda dor e noção de tumefação da face à direita com um dia de evolução. Questionado acerca do contexto epidemiológico de doença, não identificou conviventes doentes, mas mencionou um jantar na junta de freguesia cerca de duas semanas antes, onde haviam estado presen-

tes quase cem pessoas. Ao exame objetivo apresentava: temperatura axilar de 37,8°C, saturação periférica de oxigénio de 97%, orofaringe sem alterações e, à auscultação pulmonar, discretos sibilos expiratórios dispersos bilateralmente. A face apresentava-se assimétrica, com tumefação da região pré-auricular direita, sem flutuação e impedindo a palpação do ângulo mandibular ipsilateral. Perante o tempo de evolução das queixas e para exclusão de diagnóstico diferencial (como, por exemplo, obstrução do ducto salivar), o doente foi enviado ao Serviço de Urgência para observação pela Estomatologia. No Serviço de Urgência, foi confirmado o diagnóstico de parotidite epidémica, o doente foi medicado com analgesia e recuperou ao fim de quatro dias, sem complicações.

Discussão: Nos cuidados de saúde primários, a pluralidade de sintomas pode desafiar o raciocínio clínico e o médico de família tem de considerar inclusive doenças que atualmente são pouco frequentes. Não existe um tratamento específico para a parotidite epidémica, recorrendo-se apenas a analgesia. No entanto esta é uma patologia que implica isolamento social até 9 dias após o início dos sintomas e importa lembrar que é uma doença de declaração obrigatória.

PD 90

CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA EM DOENTE DIABÉTICO RECORRENDO A TERAPÊUTICA ANTITROMBÓTICA COM SULODEXIDA (VESSEL®)

Maria Beatriz Alves de Sousa¹¹; Miguel Teixeira Cerqueira¹
¹USF Porto Douro

Introdução: A diabetes mellitus é uma das doenças mais prevalentes em Portugal (~10% da população), existindo uma consulta específica em MGF (Medicina Geral e Familiar) para o seguimento destes doentes.

O exame físico é fundamental nos diabéticos, para o diagnóstico precoce de possíveis complicações a nível do pé e membros inferiores. Pequenos traumatismos ou feridas são mais difíceis de cicatrizar nestes doentes, existindo indicação para a utilização de antitrombóticos em regime combinado, como a sulodexida (Vessel®).

Descrição do caso clínico: Homem de 47 anos, trabalhador na construção civil, atualmente desempregado. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo II, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica), obesidade, dislipidemia, insuficiência venosa crónica, perturbação depressiva, hábitos tabágicos ativos (30 UMA) e alcoolismo crónico (AUDIT 16 pontos). Medicação habitual: dapagliflozina 5mg + metformina 1000mg, brometo tiotrópio 2.5mcg/dose, rosuvastatina 10mg + ezetimibe 10mg, bioflavonoides 1000mg, sertralina 100mg.

Recorre à consulta na USF após queda de uma vedação de jardim há cerca de 7 dias, da qual resultou um corte longitudinal com 10cm de comprimento no membro inferior esquerdo. Na ida ao SU, optou-se por cicatrização por segunda intenção, por ser um doente imunocomprometido (diabético). Ao exame objetivo o doente estava apirético e com bom estado geral, contudo visualizavam-se sinais inflamatórios exuberantes na parte lateral da perna esquerda, nomeadamente eritema generalizado, calor e dor à palpação superficial, exteriorizando-se um exsudado purulento nos bordos da ferida.

Para a infeção de tecidos moles foi prescrita antibioterapia com flucloxacilina 500mg de 8/8 horas, durante 10 dias, aliada a cuidados de penso na USF. Após conclusão deste ciclo, apesar de se constatar melhoria significativa dos sinais inflamatórios, a cicatrização da ferida continuava a ser desafiante, não só pela diabetes, mas pela insuficiência venosa crónica. Assim, considerou-se terapêutica combinada com sulodexida (Vessel[®]), utilizando-se inicialmente venotrópico em formulação parentérica (1 ampola 600 LSU/2 ml, IM, diária) durante 15 dias, seguido de 30 dias de tratamento oral (2 cápsulas moles Vessel[®] 250 LSU de 12/12h). Ao fim de um mês e meio de tratamento, a ferida encontrava-se completamente cicatrizada.

Conclusão: A diabetes é uma doença muito prevalente em Portugal, representando um constante desafio para o Médico de Família. Além do controlo da doença, devemos estar atentos às suas inúmeras complicações, que podem conduzir a uma abordagem terapêutica diferente da habitual. Ainda que não seja uma indicação formal, existem vários estudos que descrevem uma correlação positiva entre o uso de sulodexida (Vessel[®]) e a melhoria da cicatrização venosa em doentes diabéticos.

Assim, o Médico de Família deve manter-se constantemente informado e não ter receio de utilizar abordagens não protocolares, quando as terapêuticas iniciais falham. Devemos ter sempre em conta o princípio da beneficência na gestão dos nossos utentes, utilizando os meios que estejam ao nosso alcance, para atingir a melhoria clínica o mais rápido possível.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; úlcera membro inferior; insuficiência venosa crónica; antitrombótico; sulodexida; Vessel[®].

PD 91

UMA GONALGIA FORA DO COMUM

Maria Mendes¹; Ana Catarina Esteves¹; António Lourenço²

¹USF Conde de Oeiras; ²USF Dafundo

Introdução: Este caso pretende destacar dois aspetos importantes da prática do Médico de Família (MF): a abordagem longitudinal dos utentes; e a importância da visão multidisciplinar e da gestão dos recursos que nos permite referenciar para outra especialidade e aprimorar o ato médico, nomeadamente quando se trata de uma patologia tão prevalente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como a patologia músculo-esquelética.

Descrição: Homem de 59 anos, autónomo nas AVD, trabalhador da construção-civil, com problemas de saúde conhecidos de hipertensão arterial, dislipidemia e gota, medicado habitualmente com Lisinopril 20 mg, Amlodipina 10 mg, Atorvastatina 20 mg e Alopurinol 300 mg, recorreu à consulta do centro de saúde por gonalgia direita com duas semanas de evolução. Assumiu-se gonartrose, instituiu-se analgesia com anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e pediu-se radiografia dos joelhos. Um mês depois, mantinha dor, sem alívio com AINE e a radiografia revelava gonartrose femoro-tibial bilateral. Objetivamente, apresentava edema, rubor e calor do joelho direito, derrame articular e dor à mobilização ativa e passiva. Face à exuberância do quadro clínico, idade, profissão, ausência de resposta à escalada da analgesia e possível necessidade de exames complementares mais específicos, referenciou-se à Ortopedia. Manteve-se contacto telefónico para monitorização da dor e respetivo ajuste terapêutico. Dada ausência de resposta à referida referenciação, referenciou-se a outro hospital, onde realizou artrocentese e foi encaminhado à Reumatologia por suspeita de crise de gota no joelho. Nesta consulta, por incerteza diagnóstica, pediu-se Ressonância Magnética, que evidenciou extensa miosite dos músculos vasto interno e vasto externo de causa desconhecida. Posteriormente, realizou biópsia muscular que revelou miosite focal do quadríceps crural direito, iniciou corticoterapia, imunossupressão e fisioterapia.

Conclusão: A miosite focal é uma lesão pseudotumoral do músculo esquelético, inflamatória e benigna, de etiologia desconhecida e rara, estando apenas publicados na literatura mundial poucas centenas de casos. O diagnóstico é clínico e histológico, embora os aspetos imagiológicos (TC e ressonância magnética nuclear) de tumefacção muscular e infiltração adiposa sejam considerados muito sugestivos. Neste caso, a acessibilidade e a continuidade de cuidados próximos prestados pelo MF foram cruciais, pois permitiram identificar gonalgia refratária à terapêutica. A persistência

dos sinais e sintomas motivaram a referência e a investigação da verdadeira etiologia. Apesar desta entidade ser rara, dada a prevalência da gonalgia, o MF deve estar atento aos possíveis diagnósticos diferenciais de forma a identificar mais precocemente os utentes com necessidade de referência para os cuidados secundários.

PD 92

ERITEMA GRAVITACIONAL – UM CASO RARO NA PRÁTICA CLÍNICA

Marta Raquel Lopes Fernandes Vale Matos¹;
Iva Sónia de Barros Pimentel¹; Joana Carolina Simões Balseiro²;
Paulo Jorge de Sá Almeida¹

¹USF Norton de Matos; ²USF Briosa

O caso relatado corresponde a uma entidade extremamente rara na população, designada por eritema gravitacional. Caracteriza-se por eritema macular, difuso, com bordos mal definidos, cada área eritematosa circundada por halo de palidez, localizado aos membros e tronco. É despoletado por uma anormal resposta vascular a alterações na pressão venosa, assumindo um padrão variável em cada episódio e revertendo após alteração de posição. A frequência e severidade não se relacionam com a temperatura, estação do ano, exposição solar, menstruação ou contacto com água. Relatos de casos em adultos revelam um impacto negativo e limitativo na sua vida psico-social pela alteração da imagem corporal, no entanto não se acompanha de outros sinais ou sintomas, corroborando a sua etiologia benigna.

Menino de 4 meses com seguimento regular em Consultas de Vigilância de Saúde Infantil no Centro de Saúde. Na consulta dos 4 meses a mãe demonstra preocupação com alteração cutânea exclusivamente quando fica ao colo com os membros pendentes, nomeadamente com aspeto marmoreado, revertendo com a massagem dos membros ou com o seu levante. Quando inquirida a mãe nega correlação com alteração da temperatura, exposição solar ou contacto com água. No momento da consulta, após ter permanecido alguns minutos com os membros pendentes, foi objetivado nos seus membros inferiores eritema macular difuso, bordos mal definidos e cada área eritematosa circundada por halo de palidez. Restante exame objetivo normal, com parâmetros somatométricos dentro da normalidade, cumprindo os critérios de Sheridan para a idade, com normal desenvolvimento esto-ponderal e ausência de dismorfismos.

Como antecedentes pessoais destaca-se o seguimento em Consulta de Genética por mutação no cromossoma 19, após diagnóstico pré-natal ecográfico de ossos do nariz hipoplásicos e ventriculomegalia. Neste sentido, orientou-se seguimento em Consulta de Pediatria Geral no Hospital

Pediátrico, onde foi observado. Foi colocada a hipótese diagnóstica de eritema gravitacional e devido à sua benignidade, foram aconselhados cuidados gerais e teve alta da consulta para continuação de vigilância no seu Médico Assistente.

Apesar de constituir uma entidade bastante rara e benigna, o reconhecimento do eritema gravitacional é fundamental. Ao ser diagnosticado corretamente na prática clínica dispensa-se a investigação com recurso desnecessário a exames complementares de diagnóstico, tranquilizando-se os pacientes.

Mais se ressalva que pode ser uma fonte de problemas psico-sociais, tendo em conta que se desconhece terapêutica eficaz.

PD 93

QUANDO A CEFALIA SE TORNA UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Svitlana Kachan¹; Filipa Santos¹; Joana Carvalho²

¹UCSP Vila Velha de Ródão; ²HAL, ULS CB

Enquadramento: A hipotensão espontânea do líquido cefalorraquidiano (SHEL) é uma síndrome rara, caracterizada pela diminuição de pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR) e cefaleia postural, causada pela dilatação das veias cerebrais e da vasculatura meníngea devido a aliorreia espontânea. O SHEL foi descrito pela primeira vez em 1938 por Schantzenbrand. Um dos mecanismos fisiopatológicos descritos envolve perda de LCR através de pequenos defeitos meníngeos (fistulas). O diagnóstico baseia-se no quadro clínico, na medição da pressão do LCR e no estudo imagiológico do crânio e da coluna. A maior parte dos casos de SHEL tem um curso benigno e a resolução é espontânea com repouso e hidratação, num período inferior a 6 meses.

Caso clínico: Homem de 19A, electricista, solteiro, inserido numa família nuclear na fase V do ciclo de Duvall, o Apgar familiar com 9pts. Recorreu duas vezes ao serviço de urgência por quadro de cefaleia holocraniana agravada em ortostatismo, acompanhada da cervicalgia de predomínio occipital, tonturas, fono e fotofobia sem resposta a analgesia. Objetivamente, sem alterações relevantes, nomeadamente sem défices neurológicos. Realizou TC do crânio e da coluna cervical que mostrou "...acentuado ingurgitamento venoso do plexo perimedular cervical superior, com discreta extensão paravertebral e com extensas coleções extra-durais entre C5 e D4..." foi internado no serviço de Medicina Interna para o estudo. Realizou angio-RMN que confirmou o diagnóstico de fistula dural com SHEL. Submetido ao tratamento conservador com resolução do quadro clínico em 2 meses.

Conclusão: Os autores pretendem relatar uma causa rara de cefaleia que exige uma abordagem diferente e cuja suspeição clínica é muito desafiante. A cefaleia é um sintoma clínico inespecífico, que pode levantar suspeita de várias causas possíveis. No entanto, umas histórias clínicas minuciosas em conjunto com exames complementares dirigidos ajudam no diagnóstico, bem como na escolha da terapêutica médica apropriada.

PD 94

NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS.

Delfim Teixeira¹; Alexandra Ramalho¹; Rui Lobo¹;

Alexandra Rodrigues¹; Soraia Osório¹

¹USF João Semana - Aces Baixo Vouga

Introdução: A polisserosite é uma inflamação, com derrame, de diferentes camadas serosas, como a pleura, pericárdio ou peritônio, em simultâneo. Existem várias etiologias, nomeadamente auto-imune, infecciosa, endócrina, metabólica ou neoplásica. Muitas vezes o diagnóstico etiológico é um desafio, pelo que a causa idiopática é muito frequente.

Descrição: MGR, 72 anos, sexo masculino, autónomo, estágio VIII ciclo Duvall. AP: HBP e perturbação de ansiedade. MH: zolpidem 10mg 0+0+1. Nega alergias conhecidas.

No dia 3/12/21 recorreu ao SU por dor pleurítica à direita, dispneia para esforços mínimos e astenia com 3 dias de evolução, tendo sido diagnosticado infeção respiratória baixa e foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico + azitromicina.

No dia 13/12/21 recorreu à USF para a consulta de reavaliação e referiu dor à direita, que o acordava de noite, associado a mau estado geral, febre (T:38°C) e anorexia, pelo que foi encaminhado para o SU, onde diagnosticaram cistite e medicaram com cefuroxima. Após a alta do serviço de urgência, o MF orientou para reavaliação clínica e estudo analítico após término do antibiótico.

No dia 27/12/21 o doente voltou à consulta da USF sendo que mantinha a dor à inspiração profunda, dispneia e fadiga para pequenos esforços, com agravamento progressivo. O estudo analítico mostrou: Hb 8.1, PCR 130 e ferritina 700. Negava tosse, vômitos, alterações do trânsito GI, queixas genitourinárias e febre. Neste contexto, o doente foi novamente encaminhado para o SU.

À admissão no SU destaca-se ao EO: taquicardia, AP com MV diminuído globalmente, sem ruídos adventícios e edema bimalleolar; analiticamente com Hb: 7.9, PCR 140 e NTproBNP 642. Realizou TAC TAP que revelou “coleção líquida na vertente direita da silhueta cardíaca, pequeno derrame pleural à esquerda, atelectasias/consolidações dos segmentos basais”; ecocardiograma: “derrame de

1-1.5 cm, com folhetos pericárdicos hiperecogénicos de maior espessura 2 cm, sem sinais de constrição, com FEVE conservada”.

Foi internado e realizou vários meios complementares de diagnóstico, nomeadamente PET que mostrou “derrame pericárdico e pleural bilateral, atingindo, respetivamente, uma espessura de cerca 19mm e 9mm (inflamatórios?)”; o estudo serológico, imunológico, endoscópico e a broncofibroscopia não revelaram alterações. Assim, sem evidência de doença bacteriana ou imune ativa aguda e sem evidência de TP bacilífero. O estudo com TC TAP também não mostrou sinais de neoplasia, pelo que se considera mais provável etiologia idiopática / pós-infecciosa.

Esteve medicado com naproxeno 250 mg 2id e colchicina 0.5 mg 2id, com melhoria da dor e regressão do edema, mantendo estabilidade hemodinâmica e melhoria gradual até à alta.

Conclusão: Este caso clínico demonstra a importância do Médico de Família na interpretação e análise de sinais e sintomas de alarme com que se é confrontado numa consulta ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e que implicam a referenciação ao Serviço de Urgência. Além disso, de realçar o papel das consultas de reavaliação que permitem acompanhar a evolução de quadros clínicos mais graves e nos quais o estudo em ambulatório faz a diferença no prognóstico.

PD 95

PARA LÁ DA TOSSE TABÁGICA – A IMPORTÂNCIA DO MF

Joana H. Oliveira¹; Tânia Tavares¹; Angélica Ferreira¹
¹ACES Arco Ribeirinho - USF Querer Mais

Enquadramento: A neoplasia do pulmão pode ter como primeira manifestação a tosse. Num doente fumador, pode ser difícil haver uma valorização deste sintoma, tanto por parte do doente como do médico. No entanto, considerando que cerca de 85% dos cancros do pulmão são secundários ao tabaco, é sempre importante ter esta patologia em mente perante um doente fumador com queixas respiratórias de novo. Com este caso clínico, pretende-se realçar a importância do grau de suspeição clínica no diagnóstico de patologias graves.

Descrição de caso: Homem de 71 anos, com idade aparente inferior à real, casado, autónomo nas atividades de vida diária (AVDs) - Barthel: completamente autónomo - reformado (ex operador de máquinas), fumador (54 UMA) e com antecedentes de excesso de peso (IMC 29.6) e hipertensão arterial medicada e controlada. Sem antecedentes familiares relevantes. Em dezembro 2020 em consulta com a sua médica de família (MF), queixou-se de cansaço e dispneia para médios esforços, desde há alguns meses, com impacto nas AVDs, o que lhe causava muita preocupação. Através de uma anamnese cuidada apurou-se que existia uma alteração do seu padrão de tosse, prévia às queixas atuais, tendo-se tornado mais frequente e persistente. O próprio não valorizava o agravamento da tosse por associar ao tabagismo. Ao exame objetivo não se apuraram alterações. Pediu-se espirometria que revelou “obstrução e possível restrição irreversível com formoterol, sugerindo-se provas de função pulmonar mais completas (abril 2021)”. Realizou radiografia tórax e avaliação analítica sem alterações relevantes (abril 2021). Perante os resultados e uma vez que mantinha as queixas, referenciou-se o doente para consulta de Pneumologia, pediu-se TC Tórax, fez-se prova terapêutica com Brometo de umeclidínio 55g + Vilanterol 22g e intensificou-se a abordagem à cessação tabágica. Apesar da redução significativa do consumo de tabaco e da nova terapêutica instituída, manteve as queixas. A TC Tórax (julho 2021) revelou um nódulo com 7x7 cm no lobo inferior direito, com características suspeitas de lesão atípica, adenopatias pré-vasculares e pré-traqueais e também áreas de enfisema para-septal e centrilobular, sobretudo nos lobos superiores. Perante os achados de alta suspeição para neoplasia do pulmão, foi feita nova referência urgente para consulta de pneumologia, que foi marcada em tempo útil. Após estudo hospitalar foi confirmado tumor pulmonar

neuroendócrino de pequenas células N2 e o doente iniciou quimioterapia. Nos CSP, tem mantido acompanhamento regular com a sua MF, para gestão da carga emocional e física geradas pela sua doença oncológica.

Discussão: O MF depara-se muitas vezes com queixas inespecíficas e insidiosas, tendo a difícil tarefa de excluir patologias graves, aguardar a evolução de patologias ligeiras e gerir a ansiedade que os doentes têm face ao medo de doença grave. Sabendo que os fumadores são um grupo de maior risco para neoplasia do pulmão, quaisquer queixas respiratórias de novo devem ser valorizadas no contexto clínico e investigadas de forma criteriosa. Este caso destaca a importância do MF no acompanhamento da instalação e evolução das doenças insidiosas, e da capacidade de suspeitar e investigar corretamente a existência de patologia grave.

PD 96

REAÇÃO CUTÂNEA APÓS DOSE DE REFORÇO CONTRA A COVID-19 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rui Cunha¹; Mafalda Pestana²; Carlos Ochoa-Leite³; Lisa Pires³; Diana Rocha³; Ana Inês Vasques³; João Bento³; Luís Rocha³
¹Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.; ²Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.; ³Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E

Introdução: De acordo com os dados divulgados pelo Infarmed, até junho de 2021, foram notificadas 8500 suspeitas de reações adversas às vacinas contra a COVID-19 em Portugal, sendo que cerca de 61% foram classificadas como não graves. As reações mais notificadas foram a mialgia, seguida de cefaleia, dor no local da inoculação, febre, calafrios, fadiga, náusea, artralgia, adenomegalias, tontura, astenia, mal-estar, vômito e diarreia. Os efeitos adversos da dose de reforço da vacina contra a COVID-19 baseada em mRNA têm sido semelhantes aos do esquema vacinal primário.

Dada a menor incidência de reações cutâneas à vacinação contra a COVID-19, considera-se pertinente abordar este caso clínico.

Descrição: Sexo masculino, 38 anos de idade, técnico superior do serviço de radioterapia de um hospital público, solicitou exame ocasional por aparecimento de lesões cutâneas após realização de dose de reforço da vacina contra a COVID-19 (vacina BioNTech/Pfizer) com 2 dias de evolução. Apresenta antecedentes pessoais de asma na infância, não fazendo atualmente qualquer medicação e tem antecedentes de alergia ao pólen e ácaros, com necessidade de anti-histamínicos em SOS. Não tem antecedentes familiares de relevo. O trabalhador referiu estado subfebril (37,6°C) cerca de 8h após a inoculação e aparecimento de lesões cutâneas, eritematosas, no tronco e região cervical, 2 dias

após a inoculação. Nega prurido, mialgias, cefaleias ou outro sintoma associado. Após questionado, o trabalhador refere efeitos secundários após o esquema vacinal anterior, nomeadamente mialgias e cefaleias com 2 dias de evolução, com posterior resolução completa do quadro, negando lesões cutâneas.

Ao exame objetivo apresentava máculas e manchas eritematosas de limites irregulares e pouco definidos, que confluíam em toalha ocupando quase toda a extensão do tórax, dorso superior, região cervical e ombros. Encontrava-se apirético (T: 36,4°C) e sem outras alterações de relevo. Foi prescrito anti-histaminico e dadas indicações sobre eventuais sinais de alarme, tendo sido marcada reavaliação dentro de 1 semana. Ao exame de saúde, após 7 dias, encontrava-se assintomático, tendo referido resolução dos sintomas após 5 dias de toma de medicação. Assumiu-se possível reação à vacina contra a COVID-19, tendo sido realizada notificação no Informed.

Conclusão: Foi realizado um estudo nos Estados Unidos onde foram reportadas 414 reações cutâneas relacionadas com a vacina mRNA contra a COVID-19, Moderna e Pfizer, em que as reações locais tardias foram as mais comuns, seguidas por reações no local da inoculação, erupções urticariformes e erupções morbiliformes, não tendo sido reportado nenhum caso grave. Ao contrário da anafilaxia, as reações cutâneas isoladamente não são uma contraindicação à revacinação. O encaminhamento para a imunologia ou dermatologia não é necessário para a maioria dos casos, estando reservado para as reações imediatas ou graves. Entre os casos não caracterizados como anafilaxia, a maioria das erupções cutâneas ocorreu dentro de 2 a 3 dias após a inoculação e com resolução ao fim de uma semana.

PD 97

CASO CLÍNICO: DESFECHO INESPERADO – ABCESSO ISQUIOANAL

Filipe António da Conceição Martins¹

¹USF São Domingos

Introdução: Relato de caso clínico que em contexto de pandemia apresenta um grupo de sintomas, que poderiam ser facilmente mascarados num diagnóstico de Infecção SARS-CoV2. Neste caso em particular, foi fundamental recorrer a outros exames complementares de diagnóstico para melhor orientação clínica.

Descrição: Homem, 52 anos, com antecedentes pessoais de fístula perianal, operado em 2020. Observado em ADR-C, onde retorna por febre com 3 dias de evolução, picos de 24/24h que cediam a paracetamol 1g. TRAg negativo 2 dias antes, altura em que recorreu pela primeira vez. Dor na

região glútea à direita associada a alterações discartróticas descritas em TC Lombar, realizada previamente. Observação proctológica sem tumefações, orifícios fistulosos ou outras lesões perineais. Toque retal indolor, dedo de luva limpo, febre 38°C, com dor lombar e no glúteo direito à palpação, sem irradiação de dor aos membros inferiores. Estudo analítico de urgência revelou leucocitose de 17000, neutrofilia de 13200 e monocitose de 8200, com PCR de 11.42mg/dL. TC Pélvica de urgência evidenciou volumoso abcesso na fossa isquioanal direita, com uma extensão crânio-caudal que ronda os 60mm. Encaminhado ao Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Santarém, onde ficou internado para drenagem de abcesso e antibioterapia endovenosa, durante 4 dias. Realiza seguimento em consulta externa de Cirurgia Geral após alta.

Conclusão: Este caso ganha especial importância, tendo em conta o contexto de pandemia que vivemos nos últimos anos, e a tendência de classificar vários sintomas característicos com o diagnóstico de Infecção SARS-CoV2. Um maior atraso no pedido de exames complementares de diagnóstico neste doente, poderia ter originado consequências graves. É fundamental manter o foco no doente para uma orientação clínica adequada.

PD 98

HÁ DIAGNÓSTICOS “ENCARCERADOS”...

Rafaela Sousa¹; Raquel Rosa¹; Inês Pinheiro da Silva¹;

Diana Silva²; Clarisse Aguiar¹; Ana Rita Carvalho³

¹USF São Domingos; ²USF Almeida Garret; ³USF Planalto

A dor é um sintoma que motiva a procura de ajuda médica. A sua localização é importante para guiar a conduta clínica. A epigastralgia pode ter diferentes etiologias, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio (EAM), pancreatite, doença ulcerosa péptica, doença do refluxo gastroesofágico, entre outras. A hérnia do hiato – que consiste na herniação do estômago através do hiato esofágico do diafragma – é, na sua maioria assintomática, mas pode ter como apresentação clínica sintomas de pirose, regurgitação ou disfagia. É uma entidade cujo tratamento passa pelo controlo dos sintomas de refluxo, exceto se refratário a terapêutica médica ou complicações (isquémia, volvo).

Homem, 72 anos, antecedentes pessoais de Hipertensão arterial (HTA), Dislipidémia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS); Abuso do Tabaco. Antecedentes familiares irrelevantes. Medicado com Sinvastatina, 20 mg; Perindopril + Indapamida + Amlodipina, 10 mg + 2.5 mg + 5 mg; Furoato de fluticasona + Vilanterol, 184 µg + 22 µg. Utente recorreu a consulta de urgência da unidade de saúde em

10/11/2020 por queixas de dor retroesternal tipo aperto e epigastralgia, com irradiação ao membro superior esquerdo (MSE). Foi enviado ao Serviço de Urgência (SU), onde foi excluída a hipótese de diagnóstico de EAM, e diagnosticada com Hérnia do Hiato volumosa em tomografia computadorizada (TC) torácica que destacou “grande parte do estômago em posição intratorácica”. Iniciou seguimento em Consulta de Cirurgia Geral, manteve queixas de dor intermitente, plenitude gástrica, eructações frequentes, com melhoria residual após introdução de terapêutica médica. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (15/03/21) que confirmou o diagnóstico: “Estômago: hérnia de hiato bastante volumosa (...)”. A 27/11/21 recorreu ao SU por queixas de dor epigástrica muito intensa com resistência a analgesia. Realizou TC toraco-abdominal que revelou “presença de hérnia do hiato transesofágica com migração torácica do fundo e corpo gástricos com simultânea rotação do órgão condicionando obstáculo mecânico, com estase alimentar. Não se observa drenagem gástrica. Observa-se encurtamento e dilatação esofágicos com presença de nível hidroaéreo”. Foi realizada cirurgia de urgência: “hérnia do hiato encarcerada, durante a redução, observou-se abcesso do fundo gástrico, com zona de sofrimento da parede gástrica, mas sem perfuração, procedeu-se sutura da zona; redução do conteúdo herniário e dissecação e excisão parcial do saco.” Doente encontra-se estável, com perda de peso acentuada e obstipação no pós-operatório.

Este caso clínico pretende alertar para a importância de considerar todos os diagnósticos diferenciais de dor torácica, tendo em conta a dor como entidade multifatorial e pesando todos os fatores de risco do doente. O médico de família, como primeiro contacto de grande parte destas queixas, tem um papel fulcral neste âmbito, ao ser responsável pela identificação dos sintomas que requerem avaliação urgente a nível hospitalar. Para além disso, este relato tem como objetivo relembrar uma patologia que, apesar de rara, se não identificada precocemente pode diminuir a qualidade de vida do doente e evoluir para complicações potencialmente fatais, pelo que a sintomatologia e a marcha diagnóstica devem estar bem presentes no dia-a-dia de um médico de família.

PD 99

MAIS UMA LOMBALGIA? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE MENINGIOMA DA COLUNA DORSAL

Maria Catarina Gaspar¹; Vanda Lapão Silva¹; Solange Gomes¹; Romy Mukheiber¹

¹USF Lusitânia

Introdução: A lombalgia é a dor mais prevalente em Portugal, sendo um dos principais motivos pelos que os doentes recorrem a consulta não programada. Na sua origem estão diversas etiologias, sendo a de natureza degenerativa uma das mais frequentes. Quando se apresenta com uma evolução crónica, pode limitar muito a qualidade de vida do doente e torna-se de extrema importância averiguar a sua causa para a orientação do tratamento.

Descrição: Mulher, 70 anos de idade, autónoma nas atividades de vida diárias (AVDs), fase VIII do ciclo de Duvall, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, Diabetes mellitus não insulino-tratada, osteoartrite da anca e do joelho, doença vascular periférica (aterosclerose) e zona. Doente com múltiplas vindas a consulta com queixas álgicas a nível lombar, por vezes com irradiação aos membros inferiores, medicada em diferentes circunstâncias com anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), opióides fracos, antidepressivos tricíclicos e análogos gaba, mantendo sempre benefício parcial, assim como com tratamentos de medicina física e reabilitação (MFR). Nos exames complementares de diagnóstico realizados identificaram-se alterações osteoarticulares degenerativas a nível lombar (discopatia lombar generalizada) na tomografia axial computadorizada (TAC) lombar. Por persistência das queixas álgicas e referir de novo sensação de calor a nível dos membros inferiores e tremores generalizados, iniciou seguimento em consulta de especialidade de neurologia, acabando por realizar ressonância magnética (RMN) dorsal que revelou meningioma a condicionar compressão medular a nível de D9. Foi finalmente submetida a cirurgia (laminectomia D8-D9) e tratamentos de MFR de status pós-operatório, com melhoria significativa das queixas relatadas em consulta.

Conclusão: Apenas uma minoria dos doentes que experienciam sintomas de larga evolução vão apresentar como causa das suas queixas uma patologia de maior gravidade. No entanto, dada a incapacidade provocada pelos sintomas e os próprios custos associados às queixas permanentes, é importante não assumir um diagnóstico como única causa provável e estar atento a novos sintomas que possam induzir a suspeita de um novo diagnóstico. Enquanto primeiro ponto de contacto de assistência clínica, é importante que o médico de família, apesar de pouco provável, considere sempre as eventuais causas ocultas da dor.

PD 100

SEXUALIDADE NA COMUNIDADE ESCOLAR

Pedro Santos Paulo¹; Sandra Igreja Cunha¹; Joana Baptista¹; José Pedro Silva¹; Joana Pereira Torres¹; Lilliana Mendes Carvalho¹

¹USF Marquês de Marialva

Introdução: A sexualidade é uma área de grande importância no desenvolvimento humano, com particular relevância na adolescência. Os Métodos Contracetivos (MC) e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são aspetos centrais e os conhecimentos teórico e prático assumem um papel fulcral para evitar comportamentos de risco e proporcionar uma vivência próspera e tranquila da sexualidade.

Este projeto transpõe para o “terreno” determinadas competências nucleares do médico de família, nomeadamente a prestação de cuidados orientados para a comunidade, visando a promoção da saúde e prevenção da doença, habilitando o utente para tomada de decisões de forma informada.

Objetivo: Alargar e melhorar os conhecimentos de contraceção e IST de um grupo de alunos adolescentes da comunidade local, motivando uma sexualidade segura e informada.

Material e métodos: Médicos internos de uma USF delinearão diversas sessões de educação para a saúde sobre sexualidade na adolescência, particularmente sobre MC e IST, que serão concretizadas em todas as turmas do 9º ano da Escola EB 2-3 local. A sessão é constituída por uma exposição teórica dinamizada com powerpoint®, questões interativas, jogos e vídeos. A componente prática será fundamental, possibilitando o contacto e a colocação através de modelos anatómicos dos MC. No início e no final será aplicado um questionário anónimo, de modo a avaliar os conhecimentos teóricos, bem como as expectativas prévias e o impacto final.

Discussão: Relativamente à 2ª sessão, realizada à turma do 9ºB em Outubro de 2021, participaram 25 alunos, sendo 64% do sexo feminino, com média de idades de 14,4 anos. No início, 26% dos alunos considerou ter conhecimentos insuficientes sobre sexualidade, 18% afirmou não ter abertura suficiente para abordar a esta temática no seio familiar e ainda 13% referiu já ter visto/sofrido situações de bullying relacionadas com sexualidade. No questionário teórico, a média inicial de respostas corretas foi 64,3%, melhorando para 86,7% após a sessão. No final 96% dos alunos considerou que a sessão contribuiu para melhorar os seus conhecimentos nesta área e 89% gostaria de ter outras sessões focando outros temas oportunos.

Os resultados foram animadores, contribuindo para melhorar os conhecimentos dos adolescentes nesta área, bem

como foi notável o interesse e participação dos alunos. Num futuro próximo tencionamos ir de encontro às expectativas organizando novas sessões com temáticas pertinentes nesta faixa etária.

PD 101

IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19 NA PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NO ACES ALENTEJO CENTRAL

Joana Branco de Brito¹; Augusto Santana Brito²

¹USF Planície - ACES Alentejo central; ²Unidade Saúde Pública Alentejo Central

Introdução: A pandemia covid 19 trouxe-nos inúmeras mudanças a nível do trabalho nos cuidados de saúde primários e na prática clínica assim como na vida social e pessoal. As medidas implementadas para contenção da pandemia levaram à mudança de hábitos e comportamentos, com impacto ao nível da saúde dos portugueses. Este trabalho pretende dar a conhecer o impacto da pandemia COVID 19 na prescrição de antibióticos nas Unidades Funcionais (UF) do ACES Alentejo Central (ACES AC) e também nos grupos farmacoterapêuticos relacionados com elevada resistência (cefalosporinas e quinolonas). Para tal, avaliam-se as prescrições realizadas durante o ano de 2019 e 2020 em relação a antibióticos totais, cefalosporinas e quinolonas. Este trabalho enquadra-se no Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos, pois pretende contribuir para a optimização do uso dos antimicrobianos e fortalecer a base de conhecimento e evidência (objectivos globais da estratégia). Resulta do trabalho interdisciplinar: MGF e Saúde Pública.

Objetivos: O objectivo principal deste trabalho é avaliar a influência da pandemia Covid 19 na prescrição de antibióticos nas UF do ACES AC. Os objectivos específicos são caracterizar a prescrição de antibióticos nas UF do ACES para o ano 2019 e 2020 em relação a antibióticos totais, cefalosporinas e quinolonas.

Material e métodos: Os dados têm origem na conferência de facturas da plataforma SIARS e dizem respeito a 21 UF, abrangendo um universo de 175 médicos prescritores e 166726 (152436 em 2020) utentes inscritos. Os dados foram analisados através do programa excel2017 e foram calculadas as embalagens de antibióticos totais, cefalosporinas e quinolonas prescritas em 2019 e 2020 e ainda a percentagem de cefalosporinas e quinolonas no total de antibióticos prescritos. Foram também contabilizadas as embalagens de antibióticos prescritas nos ADR (Atendimento Doentes Respiratórios) do Alentejo Central. Os dados obtidos foram traduzidos em gráficos.

Resultados e conclusões: Em 2019 foram prescritas no

ACES AC, 59251 embalagens de antibióticos totais, das quais 2244 correspondem a cefalosporinas e 3697 a quinolonas. A proporção de cefalosporinas no total de antibióticos prescritos corresponde a 3,79% e quinolonas a 6,06%. Em 2020 foram prescritas 41904 embalagens de antibióticos totais, 2224 embalagens de cefalosporinas e 3716 embalagens de quinolonas. A proporção de cefalosporinas e quinolonas no total de antibióticos prescritos foi de 5,31% e 8,87% respectivamente. Nos distintos ADR foram prescritas 427 embalagens de antibióticos, das quais 5 de cefalosporinas e 4 de quinolonas.

Entre 2019 e 2020, verificou-se uma diminuição de 17347 embalagens de antibióticos totais, uma diminuição de 20 embalagens de cefalosporinas e um aumento de 109 embalagens de quinolonas. Apesar da diminuição no número de antibióticos totais prescritos, houve aumento da proporção de cefalosporinas e quinolonas no total de antibióticos. Conclui-se então que a pandemia Covid 19, com os períodos de confinamento, teletrabalho e aulas online, juntamente com as medidas de prevenção da infecção (distância física, máscara, higiene das mãos) contribuiu para a quebra das cadeias de transmissão de doenças infecciosas e consequentemente para a diminuição da prescrição de antibióticos no ACES AC. Também a diminuição do número de consultas presenciais poderá ter influência nesta diminuição. No entanto, houve um aumento na proporção de cefalosporinas e quinolonas no total de antibióticos. Este resultado não conseguimos explicar devido à ausência de dados sobre os diagnósticos que originaram as prescrições. Podemos apenas avançar com hipóteses explicativas do aumento destes grupos de antibióticos, nomeadamente o receio de doença grave e a teleconsulta.

Com este trabalho retiramos, assim, informação pertinente para a optimização do uso de antibióticos e combate às resistências na fase pós pandemia.

PD 102

RASTREIO DE VIH NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: UM TRABALHO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Sara Tainha¹; Nádia Sampaio¹; Andreia Flora¹; Ana Celeste Silva¹; Ana Rodrigues Madeira¹; Ana Luísa Martins¹; Cristina Nobre¹

¹USF São Domingos - ACES Lezíria

Introdução: A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) mantém-se um importante problema de saúde pública em Portugal. Em 2019, existiam cerca de 61.433 casos de infeção por VIH, dos quais 22.835 atingiram o estágio de SIDA. A introdução do rastreio do VIH como rotina da prática clínica contribuiu para o conhecimento do estado

serológico da população relativamente à infeção por VIH. A realização de um diagnóstico precoce permite o início de tratamento em fases mais iniciais da doença e a diminuição da transmissão da infeção na comunidade. Este rastreio consiste na pesquisa de anticorpos para o VIH tipos I e II. De acordo com a norma da DGS 058/2011 sobre diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH, o rastreio deve ser efetuado em todos os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos ou independentemente da idade nas populações consideradas de risco. Na unidade de saúde em estudo, verificou-se que em dezembro de 2021 existiam 28 casos de VIH, o que corresponde a uma prevalência de 0.16%. O indicador de desempenho “306 - Proporção de utentes sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram” apresentava o valor 1.961 (score 0.0) pelo que surgiu a necessidade de iniciar uma intervenção que permitisse melhorar a prestação de cuidados preventivos à população elegível e também otimizar o indicador.

Objetivos: Avaliar a prevalência de VIH na unidade de saúde em estudo e melhorar o indicador de desempenho “306 - Proporção de utentes sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram”, após a intervenção.

Material e métodos: Em janeiro de 2021 foram consultados os dados relativos a dezembro de 2020 na plataforma MIM@UF e no site BI - CSP para avaliação da prevalência de diagnósticos de VIH na unidade e verificação do valor do indicador em estudo, respetivamente. Mediante este resultado, foi apresentada em reunião de serviço uma proposta de melhoria de qualidade em janeiro de 2021. Esta sessão teve como objetivo sensibilizar os clínicos para a necessidade da prescrição da pesquisa de anticorpos para o VIH tipos I e II através de análise laboratorial e de testes rápidos realizados na unidade. Neste rastreio foram considerados os utentes com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos. Em janeiro de 2022 foi reavaliado o valor do indicador em estudo e comparado com os resultados do ano transato, bem como a existência de novos diagnósticos.

Resultados e conclusões: No período da intervenção foram diagnosticados na unidade de saúde 2 novos casos de VIH. A prevalência de casos de infeção por VIH no fim da intervenção aumentou para 0.18%. Apesar de serem apenas 2 novos casos, tratando-se de uma doença infecciosa, o diagnóstico precoce permitiu uma referência célere e a minimização da transmissão da doença na comunidade. Para além disso, após o diagnóstico estes 2 utentes foram notificados na plataforma SINAVE e devidamente referenciados a consulta de Doenças Infecciosas no hospital de referência para seguimento e tratamento adequados. É de realçar a importância da realização de um

rastreio precoce nestas situações, visto que um diagnóstico tardio pode acarretar elevados custos tanto económicos como sociais. Segundo a monitorização do indicador “306 - Proporção de utentes sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram” em 2020 o resultado obtido foi 1.961 (score 0). Após a intervenção, o indicador de desempenho atingiu o valor de 6.556. Verificou-se melhoria do valor, embora o score se mantenha 0, visto que o mínimo aceitável é 9.0 e o mínimo esperado 12.0. Na sequência desta intervenção foi ainda desenvolvida uma auditoria interna e um procedimento com vista a melhorar continuamente a qualidade e sensibilizar a população para a realização do rastreio.

PD 103

ESTUDO DE ÓBITOS NUM FICHEIRO RURAL EM MGF – PARA QUANDO A NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO EM CSP

Liliana Constantino¹; Isabel Carvalho e Almeida¹;
Francisco Castro Neves¹; Filipa D. Gomes¹

¹UCSP Anadia I, ACES BV

MGF providencia, cuidados longitudinais de saúde, ao paciente antes de nascer até que morre, estando envolvido nos cuidados em processos de luto. Segundo RP2016OP-SS, morrem ±105 mil pessoas em Portugal/ano, a maioria por doenças crónicas, apresentando uma esperança média de vida de 81,1 anos, acima da média da EU27, Eurostat-Database2021. No Top10 de causas de morte para todas as idades e género/OMS Portugal, as 4 primeiras causas se mantiveram estáveis entre 2013-2019, ano em que Alzheimer/demências subiram ao 3º lugar. Quanto ao local do óbito, há referência 62% ocorrerem no hospital; 30% no domicílio e 8% noutros lugares/locais públicos. O relatório OPSS2017 referia na referenciação por cuidados paliativos, que a maioria (69.5%) teve origem hospitalar e 30.5% em CSP. Perante os dados apurados e a necessidade de melhor conhecer e caracterizar o enquadramento do óbito em ambiente de CSP/MGF, foi realizado este estudo.

O presente estudo recolheu e caracterizou os dados de óbitos numa população de um ficheiro rural da zona centro, compreendidos entre 2012-2019. Sabe-se que em Jan'22, o nºóbitos por 100 000 habitantes era de 119,82ARSCentro. Este estudo descritivo transversal, foi interrompido em 2020 de forma a evitar viés pandémico. (Este critério foi reforçado após consulta EuroMOMO2022 que confirmou significativo aumento do Z-score para total de mortes combinadas nos anos pandémicos atingindo valores >30 na Europa29, e do qual Portugal é integrante, atingindo um Z-score23,35 em Mar'21). Baseou-se na recolha de dados registados em SClinico, PDS/RSE e RNU e dados fornecidos por terceiros apenas no momento em que o profissional

fora notificado do óbito. A amostra: n=54 e caracterizada recorrendo a MIM@UF (pirâmide ficheiro-Unidade e cálculo da população média do ficheiro em cada ano). Tratamento de dados: Microsoft® Excel® 2019.

Resultados: 59,3% M; 40,7% H, entre os 0 (8 meses)-100 anos, média de 77,8 e mediana 86. As faixas etárias com maior nºóbitos por decénio: dos 81-90 (16) e 91-100 (13). Neste estudo, em 39% dos casos não foi possível apurar o local do óbito, sendo que 31% em hospital, 26% domicílio e 4% local público. A maior fonte de notificação: os familiares(21), seguidos pelo secretariado(12) e o próprio cônjuge(7). Na maioria dos casos, o MGF desconhece quem realizou a verificação (42,6%) e certificação dos óbitos (46,3%), sendo que em 29,6% dos casos foram ambos no hospital; a verificação e certificação do óbito foram realizadas pelo MGF em 13% e 16,7% dos casos, respectivamente. Na grande maioria dos casos, o MGF não teve acesso ao certificado de óbito (83%) nem ao RSE/PDS à data do conhecimento do óbito (78%), vedada pela actual decisão em política de protecção de dados. A doença oncológica foi a maior causa conhecida/provável de óbito (31,5%), sendo que em 29,6% é desconhecida. A doença oncológica e as doenças cardiovasculares são as principais patologias inscritas na lista de problemas activos. Apurou-se ainda que: a larga maioria pertencia a agregados familiares inscritos com 1 ou 2 elementos; 68,5% com dependência para AVDs nos últimos 3 meses à data do óbito sendo que 17% institucionalizados, 4% com apoio profissional externo privado, e uma maioria de 68% não foi possível apurar. 44% desta amostra teve algum tipo de consulta com MGF até um mês antes do óbito e em 30% dos casos houve necessidade de consultas com elementos da família acerca deste óbito/processo de luto.

Do estudo realizado verifica-se a oportunidade de reflectir melhoria dos registos, contextos, e cuidados e que incluam cuidadores, já que muitos dos óbitos foram de famílias pequenas e com alguma dependência para AVDs. Salientou ainda a frequente falta de acesso do MGF à informação do óbito, pelo facto de não ter acesso, na maioria dos casos, ao certificado de óbito e/ou à informação registada no RSE/PDS. Recomenda-se a existência de uma notificação de óbito (por exemplo electrónica) à semelhança da actualmente existente para o nascimento.

PD 104

VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE SAZONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – EVOLUÇÃO DA ADESÃO

Vânia Pacheco¹; Ricardo Batista¹; Joana Silva¹; Tiago Rodrigues¹; Carla Leitão¹; Gonçalo Rodrigues¹; Paula Arsénio¹; Zita Ferreira¹; Olinda Pires¹; Gabriela Lopes¹; João Gomes¹; Alexandre Afonso¹; Isabel Antunes¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A vacinação anual contra a gripe é o melhor método para prevenir ou mitigar o impacto da doença.¹ A vacinação contra a gripe faz parte do Programa Nacional de Saúde Ocupacional e é administrada gratuitamente a todos os profissionais de saúde, tendo em conta que estes são considerados um grupo de risco.² Existe uma época específica (habitualmente de outubro a fevereiro) em que a vacina é disponibilizada no Serviço de Saúde Ocupacional (SSO). O SSO tem-se esforçado por aumentar a taxa de vacinação através de múltiplas ações de sensibilização.

Objetivo: Analisar a adesão dos profissionais de saúde à vacina contra a gripe sazonal, nas últimas 4 épocas vacinais (2018/2019 a 2021/2022).

Material e métodos: Realizou-se uma análise descritiva e analítica dos dados. Comparou-se o número total de profissionais vacinados com a vacina tetravalente inativada contra a gripe, nas últimas 4 épocas vacinais (2018/2019 a 2021/2022). Também foi comparada a adesão entre as quatro principais categorias profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

Resultados: Ao longo das últimas 4 épocas vacinais, verificou-se um aumento consistente na taxa de vacinação contra a gripe sazonal. Na época de 2018/2019, foram vacinados 1577 (20,3%) profissionais do universo hospitalar. Na época de 2019/2020, vacinou-se um total de 1926 (24,3%) profissionais, o que corresponde a um aumento de 4% relativamente à época anterior. Na época de 2020/2021 foram vacinados 2743 (32,5%) profissionais, registando-se assim um aumento de 8,2% na adesão à vacina. Finalmente, na época de 2021/2022, foram vacinados 3960 (44,5%) profissionais, registando-se a maior taxa de vacinação de sempre contra a gripe, a que corresponde um aumento de 12% na adesão, relativamente à época transata. Nas quatro épocas vacinais em análise, a categoria profissional com maior adesão à vacina foi a dos médicos. A percentagem de médicos vacinados teve uma evolução em crescendo, com 25,8% dos médicos a serem vacinados na época de 2018/2019, versus os 49,8% vacinados na época de 2021/2022. Por outro lado, a categoria profissional com menor adesão à vacinação foi variando ao

longo das quatro épocas. Em 2018/2019 e 2019/2020, os assistentes técnicos foram a categoria profissional em que se observou uma menor taxa de vacinação: 16,2% e 21,1%, respetivamente. Na época de 2020/2021, a categoria profissional em que se observou uma menor adesão foi a dos assistentes operacionais (29,4%) e, na época de 2021/2022, a dos enfermeiros (40,4%).

Conclusões: Tem-se verificado um aumento consistente da taxa de vacinação contra a gripe, tendo-se atingido na época de 2021/2022 valores nunca antes observados. O aumento da adesão dos profissionais de saúde à vacina contra a gripe sazonal poderá ser explicado, por um lado, pelas múltiplas ações de sensibilização realizadas pelo SSO e, por outro, em particular na época de 2021/2022, pela coadministração com a dose de reforço da vacina contra a COVID-19. Presume-se que o aumento da adesão nas últimas duas épocas esteja relacionado com o atual contexto pandémico. Uma possível explicação para a classe médica ser a categoria profissional com maior adesão à vacinação é o facto de os médicos terem uma maior consciencialização/ estarem mais sensibilizados para a importância da vacina enquanto arma fundamental para a prevenção da doença.

Palavras-chave: Gripe, vacinação, profissionais de saúde

PD 105

PROJETO DE AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE – TERAPÊUTICA DA AMIGDALITE AGUDA BACTERIANA

Christopher Ramos¹; Teresa Matos Queirós²; Raul Garcia¹; Nuno Mendes¹

¹USF Fernando Namora; ²USF Progresso e Saúde

Introdução: A amigdalite aguda, é um diagnóstico frequente em idade pediátrica. A etiologia vírica é a mais frequente, mas pode, também, ser condicionada por infeção bacteriana. Nestes casos, o agente mais frequentemente envolvido é o Estreptococos do grupo A. A clínica é a pedra basilar do diagnóstico, sendo que depende dos achados do exame objetivo e, em alguns casos, da evolução clínica. O recurso ao teste antigénico rápido do Estreptococos A é importante na distinção entre a etiologia vírica e a bacteriana. Na amigdalite bacteriana, o tratamento envolve antibióterapia. Sendo uma arma preciosa no tratamento desta e de outras infeções, tem de ser gerida de forma adequada evitando assim o surgimento de resistências e a consequente diminuição da sua eficácia. No caso específico da amigdalite aguda, a DGS criou em 2012 uma NOC com recomendações sobre a terapêutica. É uma ferramenta importante e que deve ser tida em conta na abordagem a

estas situações.

Objetivos: Avaliar e assegurar a adequação da abordagem dos casos de amigdalite aguda numa unidade de saúde familiar, ao abrigo da NOC 020/2012 da DGS.

Metodologia: Dimensão: adequação técnico-científica.

Unidade de estudo: Utentes com idades entre os [0-18] anos, observados em consulta na Unidade de Saúde durante o período em avaliação, com o diagnóstico de amigdalite aguda (R76 - Codificação ICPC-2) e medicados com antibiótico.

A 1ª avaliação decorreu de junho de 2015 a abril de 2016, foi feita uma intervenção em maio de 2016 e, posteriormente, foi realizada a 2ª avaliação de junho de 2016 a abril de 2017. Em novembro de 2019, foi efetuada nova avaliação com posterior intervenção em dezembro de 2019. A última avaliação englobou dados de janeiro de 2020 a agosto de 2021.

Fonte de dados: Utilizou-se o MIM@UF para obtenção da listagem de utentes com codificação R76, o SClínico para consulta dos registos e a PEM para conhecer qual a terapêutica e posologia prescritas. Para tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao Excel®.

Tipo de avaliação: interna, inter pares.

Critérios de avaliação: Amigdalite aguda bacteriana medicada com Amoxicilina na dose de 50mg/Kg/dia (máximo de 1g/dia), de 12 em 12 horas, durante 10 dias.

Critérios de exclusão: Doentes com amigdalites de repetição, antibioterapia dirigida por antibiograma, toma recente de antibiótico e hipersensibilidade à amoxicilina.

Variáveis do estudo: - Qualitativas: antibiótico.; - Quantitativas: dose e duração do tratamento.

Resultados: Entre a primeira e segunda avaliação, existiu um aumento de 1,6% para 44% dos casos tratados de forma adequada, mantendo-se a taxa nos 47% em 2019. De janeiro de 2020 a agosto de 2021, registou uma queda da adequação terapêutica para 27%.

Discussão: Trata-se de um projeto com várias avaliações e intervenções, com melhoria inicial dos resultados não mantida ao longo do tempo. Para tal poderá ter contribuído o período pandémico, com menos consulta presencial e menos realização de teste rápido. Outra limitação encontrada relaciona-se com a codificação e registos clínicos. Conclui-se que é necessário proceder a nova intervenção para melhoria de cuidados.

PD 106

A GLUCOSAMINA NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE É EFICAZ? UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Rosário Sargaço Raimundo¹; Helena Barbosa²; Carolina Moreira¹; Daniela Marafona Pereira³

¹USF Marquês, ACeS Pinhal Litoral, ARS Centro; ²USF S. Martinho de Pombal, ACeS Pinhal Litoral, ARS Centro; ³USF Salvador Lordelo, ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul

Introdução: A osteoartrose (OA) é um distúrbio musculoesquelético muito comum e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, principalmente em idosos. Trata-se de uma doença articular progressiva, dolorosa e degenerativa que afeta todos os tecidos da articulação, caracterizada por perda localizada de cartilagem, remodelação do osso adjacente e inflamação associada. O impacto da suplementação, incluindo com a glucosamina (GS), no seu tratamento permanece controverso.

Objetivo: Rever a evidência do papel da GS no tratamento da osteoartrose.

Metodologia: Pesquisa de *guidelines*, artigos de revisão sistemática (RS) e meta-análise (MA), em português, espanhol e inglês, em plataformas online de Medicina Baseada na Evidência, publicados nos últimos 5 anos, utilizando os termos MeSH “Glucosamine /administration and dosage” OR “ Glucosamine/therapeutic” AND “Osteoarthritis/therapy”. Incluíram-se artigos que compararam os efeitos da GS isoladamente, GS com condroitina (CS) e GS associada a outras substâncias. Foram excluídos os artigos em duplicado e os incluídos nos artigos selecionados. A atribuição do nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR) foi realizada com base na escala Strength-of-Recommendation Taxonomy da *American Family Physician*.

Resultados: A pesquisa resultou em 21 artigos, após leitura dos títulos e exclusão dos artigos duplicados, foram selecionados 13 artigos: 11 ensaios clínicos randomizados (RCT), 1 revisão sistemática (RS) e 1 *guideline*. Um RCT considera que a combinação GS, ácido hialurónico e CS não melhorou efetivamente a dor/sintomas da OA (NE 2), 5 RCT com suplementação de GS e CS consideraram ter existido benefício (1 com NE 1 e restantes com NE 2), em oposição a 2 RCT com os mesmos parâmetros em avaliação que não apresentaram melhora clínica na OA (NE 2). Dois RCT onde se combina a GS com outras substâncias não revelaram superioridade. Apenas foram encontrados 2 artigos (1 RCT e 1 RS) que avaliaram isoladamente o efeito da GS, não se verificando vantagem na suplementação. A *guideline* não recomenda a suplementação com glucosamina na OA.

Discussão: Nos artigos selecionados a suplementação com GS isolada apenas surge descrita na *guideline*, na RS e

num RCT sendo concordante que não parece revelar benefício clínico no tratamento da OA, pelo que não se recomenda a sua utilização (FR C). Contudo, são necessários mais estudos que avaliem isoladamente o seu efeito. Por outro lado, quando combinada com outras substâncias, parece melhorar sintomatologia na maioria dos RCTs.

PD 108

O COLAGÉNIO NA OSTEOPOROSE – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Pedro Carretas¹; Paula Rodrigues²; Jeni Vicente¹; Ana Paula Silva¹
¹UCSP São Pedro do Sul; ²UCSP Penalva do Castelo

Introdução e objetivo(s): A osteoartrite (OA) é uma doença extremamente prevalente e a sua frequência aumenta com a idade. Afeta predominantemente as articulações de carga e das mãos. Os objetivos terapêuticos nos doentes com OA são o alívio da dor e manutenção da função; minimização do impacto da doença na qualidade de vida dos doentes, bem como atraso na progressão do processo degenerativo. O objetivo deste trabalho é determinar o papel dos suplementos alimentares contendo colagénio no tratamento da OA.

Metodologia: Pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, *Cochrane Library* e *UpToDate*, de diferentes tipos de estudos, no último lustro, em inglês e português, com os termos MeSH: treatment of osteoarthritis; collagen hydrolysate. População: adultos (>18 anos) com OA; intervenção: tratamento com suplementos contendo colagénio; controlo: sem tratamento com suplementos contendo colagénio e outcome: melhoria sintomática e da qualidade de vida dos doentes com OA. Após leitura de abstracts, excluíram-se os repetidos e os que não respeitavam os critérios definidos. Para avaliação do nível de evidência e força de recomendação, aplicou-se a *Strength Of Recommendation Taxonomy*, da American Academy of Family Physicians.

Resultados: Dos 17 artigos obtidos, selecionaram-se 4 artigos de acordo com os critérios de elegibilidade definidos. As evidências existentes que apoiam o uso de suplementos alimentares no tratamento da OA são limitadas. Os suplementos alimentares contendo colagénio demonstraram proporcionar efeitos moderados e clinicamente significativos no alívio da dor e função em doentes com OA da mão, anca ou joelho a curto prazo (II,B). Relativamente ao tratamento a médio e longo prazo, esses suplementos não tiveram efeitos clinicamente importantes na dor e no funcionamento (III,C).

Discussão: OA é uma doença muito prevalente nos cuidados de saúde primários e cabe ao médico de família (MF) tentar minimizar os impactos negativos desta doença, que

se associa a elevados níveis de incapacidade. Atualmente existem várias abordagens terapêuticas para os doentes OA, como é o caso dos suplementos nutricionais contendo colagénio. Contudo, é necessário a realização de mais estudos que comprovem o seu benefício e eficácia no tratamento dos doentes com OA.

PD 109

DISPAREUNIA – ALGORITMO DE ABORDAGEM

Carolina Medo¹; Diogo Evangelista¹; Camila Gonçalves¹; Alexandre Vasques¹; Clara Ramos²
¹USF Oriente; ²USF Dona Amélia de Portugal

Introdução: A dispareunia tem um impacto significativo na saúde da mulher, bem como na sua auto estima, relações e produtividade. Não é claro se esta condição é uma perturbação do foro sexual, da dor ou ambas. A sua prevalência varia de 3 a 18% a nível mundial e afeta 10 a 28% da população ao longo da vida.

A etiologia é maioritariamente multifatorial o que se torna um desafio aquando do diagnóstico e tratamento. É classificada em primária ou secundária, sendo que a primária é aquela que ocorre com o início da penetração, e a secundária é a dor que surge após estar estabelecida a relação sexual. Dada a complexidade diagnóstica e terapêutica da dispareunia, decidimos elaborar um algoritmo orientativo de abordagem desta patologia para que possa ser utilizado como guia em consulta.

Anamnese e exame objetivo: Uma anamnese que inclua uma colheita de história clínica completa é crucial e deve incluir: localização, duração, intensidade, fatores de alívio e agravamento, e fatores psicológicos que possam contribuir para a dor. É essencial considerar as expectativas da utente para uma melhor gestão das mesmas. No caso de mulheres com parceiros estáveis, estes devem ser incluídos na abordagem.

Após colheita da anamnese, é realizado o exame ginecológico. Para diminuir a ansiedade muitas vezes sentida pelas mulheres com dispareunia, é fulcral a explicação detalhada do exame. O exame objetivo começa com uma inspeção cuidada. O espéculo deve ter tamanho adequado e, se necessário, utilizar um espéculo menor para conforto. Ao exame do colo uterino devem ser pesquisadas alterações como lesões, alterações do corrimento e, se adequado, efetuar colheitas de exsudado para cultura. Deve realizar-se toque bimanual para pesquisa de massas/quistos a nível do útero e anexos e identificação de variações anatómicas ou prolapso.

Avaliação: A avaliação analítica raramente é útil no diagnóstico ou tratamento da dispareunia. Contudo, devem ser

excluídas todas as possíveis alterações que possam estar a contribuir para a dor, para que seja possível chegar a uma causa com segurança. Em caso de mulheres com alterações do corrimento/presença de exsudado, deve ser realizada cultura do mesmo para pesquisa de microorganismos como gonorreia, clamídia, tricomonas, candida e gardnerella. No caso de úlceras genitais, deve ser realizada pesquisa de herpes simples e treponema pallidum.

Utentes com sintomas que façam suspeitar de infeção do trato urinário como disúria, polaquiúria, urgência miccional ou desconforto supra-púbico devem realizar urina II e urocultura. Pode ser ainda necessária a realização de biópsia de lesões encontradas.

A ecografia ginecológica pode ajudar a identificar massas, hiperplasia do endométrio e presença de quistos do ovário ou anomalias congénitas.

Tratamento: O tratamento varia consoante a etiologia.

Na pós-menopausa pode ser tratada através da aplicação tópica de estrogénios ou substituição hormonal sistémica.

Causas infecciosas medicam-se empiricamente ou consoante o microorganismo isolado em cultura.

No pós-parto, o uso de lubrificantes e massagem da região afetada podem ajudar no alívio da dor. Nos casos refratários poderá ser necessária intervenção cirúrgica.

Nos casos associados a vaginismo pode ser tentado o tratamento com toxina botulínica.

Tratamento adjuvante com fisioterapia do assoalho pélvico que contribui para o relaxamento dos músculos e re-educação dos recetores da dor.

A terapia cognitivo comportamental é promissora na redução da ansiedade e medos relacionados com a dispareunia. A cirurgia é considerada após falência da terapêutica médica e comportamental.

Conclusão: A dispareunia é uma patologia subdiagnosticada, tendo em conta a sua prevalência estimada. Assim, com este algoritmo, pretendemos agilizar a sua abordagem durante a consulta com o propósito de identificar mais utentes que sofram desta perturbação e oferecer a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica.

PD 110

AGÉNESE UTERINA – UM CASO INESPERADO

Marta Silva Almeida¹

¹USF São Marcos

Introdução: A amenorreia primária define-se como a ausência de menarca aos 15 anos na presença de caracteres sexuais secundários desenvolvidos ou aos 13 anos associada à inexistência do surto de crescimento ou ao não desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. As suas

principais causas são por ordem decrescente de frequência a disgenesia gonadal, agénese mülleriana (agénese vaginal, uterina e ovárica em vários graus), atraso pubertário fisiológico, síndrome dos ovários poliquísticos, entre outras patologias menos frequentes. Numa abordagem inicial, deve ser colhida história pregressa pessoal e familiar, realizada observação ginecológica, pedida ecografia ginecológica para confirmar a presença de útero e anexos e avaliação analítica com β -hcg, prolactina, TSH e testosterona total (caso haja evidência de hiperandrogenismo).

Descrição: Adolescente, sexo feminino, 17 anos, pertencente a uma família monoparental, no 6º estágio do Ciclo de Duvall. Está numa relação amorosa há 7 meses e já iniciou a sua vida sexual. Refere como um dos seus maiores sonhos ser mãe. Não existem registos prévios sobre antecedentes pessoais, toma de medicação crónica, internamentos ou acidentes. A Joana (nome fictício) vai à sua primeira consulta de vigilância na unidade onde está inscrita aos 17 anos, referindo ausência da menarca. Nega outras queixas como cansaço, alterações do peso, apetite e sono. O Médico de Família (MF) observa-a registando um bom desenvolvimento estatura-ponderal, IMC 19.5, caracteres sexuais secundários desenvolvidos nomeadamente telarca no estágio M5 e pubarca no estágio P5. Ausência de acne ou hirsutismo. O MF opta por pedir avaliação analítica com β -hcg, hemograma, painel hormonal e ecografia ginecológica. É aconselhada a utilização de preservativo. Posteriormente, a Joana retorna à consulta com uma ecografia ginecológica endocavitária relatada como “Útero em retroflexão, dimensões largura 60mm, transversal 25mm, anteroposterior 32mm. Útero e anexos normais” e avaliação analítica sem alterações. Perante estes resultados, o MF opta por iniciar um contraceptivo oral combinado (COC) para induzir hemorragia de privação e agenda reavaliação. Na consulta seguinte, a Joana partilha que cumpriu o tratamento com o COC durante 2 meses não tendo tido a hemorragia de privação esperada pelo que suspendeu a toma por iniciativa própria. Procede-se então à referenciação para consulta hospitalar de Ginecologia e Obstetria. Na consulta da especialidade é feita observação ginecológica com descrição de vagina com profundidade normal não sendo, no entanto, palpável ou visível o colo, realiza-se cariótipo (46XX), ecografia ginecológica e ressonância magnética pélvica onde não se visualiza útero concluindo-se que os achados semiológicos são compatíveis com agénese mülleriana. A Joana é informada do seu diagnóstico e é agendada consulta de psicologia à qual falta. Retorna uma última vez à unidade, à consulta do dia por queixas compatíveis com uma infeção sexualmente transmissível que é tratada. Desde então a

Joana não voltou à unidade.

Conclusão: Este relato de caso reafirma a pertinência da consulta de saúde infanto-juvenil onde se procede regularmente à recolha e atualização da história clínica, observação e, nos adolescentes, discute a saúde sexual. Os cuidados de saúde primários são o 1º ponto de contacto do utente e pautam-se pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente tendo como papel principal, a realização da investigação inicial e a gestão de expectativas e perceções sobre saúde e doença entre utente e médico. O diagnóstico estabelecido neste relato de caso, particularmente numa utente que deseja ser mãe, tem uma componente psicológica importante pelo que é o papel do MF acompanhar a evolução da sua aceitação e estimular o recurso a apoio psicológico atempado. O erro médico é um fenómeno com o qual nos podemos deparar ao longo da nossa carreira que pode ferir a relação com o utente.

PD 111

INTOLERÂNCIA ÀS ESTATINAS – MITOS, VERDADES E ABORDAGEM

Andreia Sofia Magalhães Serrinha¹

¹USF KosmUS, ACES Cascais

Introdução: As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a dislipidemia é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. O tratamento da dislipidemia passa por uma mudança de estilo de vida e, quando necessário, terapêutica farmacológica. As estatinas são os fármacos mais frequentemente prescritos para o tratamento da dislipidemia, pela sua eficácia, disponibilidade e segurança. No entanto, a adesão a esta terapêutica é frequentemente comprometida pela desinformação que circula relativamente aos seus riscos. Embora as estatinas apresentem alguns efeitos adversos, elas geralmente são bem toleradas.

Objetivos: Rever os verdadeiros efeitos adversos das estatinas e a sua abordagem, de forma a aumentar a adesão a esta importante terapêutica e evitar descontinuações desnecessárias.

Material e métodos: Foram consultados os seguintes documentos: “2019 ESC/EAS *Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)*”, “Abordagem aos Doentes com Intolerância às Estatinas: Revisão Baseada na Evidência” da Acta Médica Portuguesa e “Statin Safety and Associated Adverse Events: A Scientific Statement From the American Heart Association”.

Resultados e conclusões: A miopatia é o efeito adverso clinicamente mais relevante das estatinas. Contudo, acredita-se que a sua frequência esteja sobrestimada devido a um efeito nocebo. A abordagem dos sintomas musculares atribuídos às estatinas (SMAE) depende da sua gravidade, que pode variar desde um quadro ligeiro de mialgias, sem perda funcional importante e sem elevação da creatina quinase (CK), até um quadro grave de rabdomiólise. Entre os fatores de risco para a miopatia, a interação com determinados fármacos deve ser especialmente considerada. Elevações ligeiras da alanina aminotransferase (ALT) ocorrem numa pequena percentagem de doentes sob terapêutica com estatinas e não estão associadas com hepatotoxicidade relevante ou alterações na função hepática. Assim, não está recomendada a monitorização da ALT durante a terapêutica com estatinas. Doentes sob terapêutica com estatinas apresentam um risco aumentado de desenvolver Diabetes mellitus (DM) tipo 2. Contudo, de um modo geral, a redução absoluta no risco de doença cardiovascular nos doentes de alto risco supera, inequivocamente, os possíveis efeitos adversos de uma ligeira elevação na incidência de diabetes. Alguns estudos têm demonstrado um aumento relativo no risco de acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico em doentes medicados com estatinas. Contudo, o benefício global desta terapêutica noutros subtipos de AVC supera claramente este pequeno, e incerto, risco. Tem sido relatado um aumento da frequência de proteinúria nos doentes tratados com estatinas. A proteinúria induzida pelas estatinas tem origem tubular, habitualmente é transitória e acredita-se que seja devida a uma redução da reabsorção tubular e não a uma disfunção glomerular. Nos ensaios clínicos, a frequência de proteinúria é geralmente baixa e, na maioria dos casos, não é superior à do placebo. Assim, conclui-se que o único verdadeiro efeito adverso das estatinas que, de acordo com a sua gravidade, pode justificar ajuste ou descontinuação terapêutica é a miopatia.

PD 112

NEM TUDO O QUE PARECE É: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NO DIAGNÓSTICO DA COLESTASE INTRA-HEPÁTICA DA GRAVIDEZ

Ana Isabel Dias Costa¹; Ana Cecília Barbosa¹; Sílvia Garcia¹

¹USF Uma Ponte Para a Saude

Introdução: A gravidez está associada a alterações no organismo materno que visam a promoção da homeostase do binómio materno-fetal. Sob o ponto de vista hepático uma das patologias que pode ocorrer refere-se à colestase intra-hepática da gravidez (CIHG). É uma patologia rara, de etiologia multifatorial, que envolve fatores ambientais, hormo-

nais, genéticos, geográficos, nutricionais e imunológicos. É caracterizada pelo prurido generalizado, no segundo ou terceiro trimestre da gestação, acompanhado do aumento dos níveis séricos das enzimas hepáticas e dos ácidos biliares, com regressão do quadro clínico e laboratorial duas a três semanas após o parto. É considerada uma situação benigna sob o ponto de vista materno, contudo pode estar associada a desfechos graves para o feto.

Descrição do caso: Gestante de 35 anos, com 31 semanas e 2 dias, com antecedentes de Doença de Crohn com 10 anos de evolução, medicada com azatioprina, mesalazina, imuran e natalben®. Recorre a uma consulta aberta na sua unidade de saúde familiar (USF) por prurido generalizado intenso com 10 dias de evolução, com agravamento noturno e surgimento palmo-plantar nos últimos dois dias, sem resposta ao anti-histamínico e creme emoliente. Devido ao agravamento da intensidade do prurido com as medidas terapêuticas em curso e dado os antecedentes da grávida, esta foi enviada ao serviço de urgência (SU) de obstetrícia. Após estudo analítico, foi constada uma elevação dos ácidos biliares e enzimas hepáticas, sendo diagnosticada com CIHG. Foi realizada maturação pulmonar do feto e posterior indução do parto às 31 semanas e três dias. No puerpério realizou tratamento com ácido ursodesoxicólico, apresentando melhorias clínicas e analíticas duas semanas após o parto.

Conclusão: A CIHG, também denominada de colestase obstétrica ou gravídica consiste numa patologia exclusiva da gravidez. O seu diagnóstico incide fundamentalmente nos sintomas descritos pela gestante, exames laboratoriais e despiste de outras patologias similares. Não existe um consenso científico em relação ao tratamento. Neste domínio pode-se optar por uma conduta expectante, avaliando e controlando a sintomatologia da gestante e a viabilidade do feto, recorrer ao uso de medicação, com destaque, para o ácido ursodesoxicólico

PD 113

“ONDE ESTÁ O MEU IMPLANON?”

Marta Fontes Ferreira¹; Olga Couto Cardoso¹

¹USF Ribeirão, ACeS Ave Famalicão

Enquadramento: O Implanon NXT® é um implante contraceptivo pré-carregado num aplicador descartável para mulheres dos 18 aos 40 anos de idade. O implante é um pequeno bastonete de plástico flexível e macio com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro, que contém 68 miligramas de substância ativa etonogestrel. A sua eficácia é superior a 99%. Calcula-se que, num ano, possa haver um máximo de 7 gravidezes em 10.000 mulheres que usem o

implante. É colocado na parte interna do braço, evitando o sulco, de forma a diminuir o risco de migração do dispositivo.

Descrição de Caso: Mulher, 30 anos, sem antecedentes pessoais de relevo nem medicação crónica. Como método contraceptivo, apresentava o Implanon que teria sido colocado em agosto de 2020 pela sua Médica de Família. Recorre ao Serviço de Urgência a 21/01/2021 por náuseas e vômitos. Após estudo analítico, foi-lhe comunicado que estaria grávida de 6 semanas. Foi então encaminhada para a área de Ginecologia/Obstetrícia. Posteriormente foi marcada consulta externa de Obstetrícia, a qual apresentava o seguinte registo: “Implante não palpável, pelo que se envia a doente a radiologia de Intervenção”. Após realização de ecografia e radiografia, com a devida proteção, foi novamente encaminhada a consulta por não ter sido detetado o dispositivo.

Várias são as hipóteses levantadas e, após exposição do caso ao laboratório MSD, foi feito o doseamento dos níveis séricos de etonogestrel e enviado para o Laboratório Columbia nos EUA.

Conclusão: A inserção de IMPLANON® deve ser feita sob condições assépticas e somente por um médico que esteja familiarizado com o procedimento. A inserção de IMPLANON® é feita com um aplicador especialmente projetado para esse fim, sendo importante identificar o local da inserção, que se encontra na face interna da porção superior do braço não dominante, cerca de 8-10 cm acima do epicôndilo medial do úmero, evitando-se o sulco entre os músculos bícípete e trícípete e os feixes neuromusculares, localizados mais profundamente ao tecido subcutâneo. Neste caso, e após doseamento dos níveis séricos de etonogestrel, verificou-se que os valores foram inferiores a 50pg/mL, concluindo-se então que não possuía o Implanon. Dessa forma, duas hipóteses se levantam: ou dispositivo não apresentava o implante ou, no momento da colocação, este permaneceu no dispositivo. Assim se verifica a importância de CONFIRMAR que o implante se encontra devidamente colocado e ensinar a doente a reconhecê-lo.

PD 114

RELATO DE CASO – RAOUTELLA PLANTICOLA NA URINA?

Mariana F. Santos¹; Mafalda Costa¹; Diana Ferreira¹

¹USF Linha de Algués

Introdução: A Raoutella planticola é uma bactéria gram-negativa, aeróbia, que raramente infecta o ser humano, sendo considerada uma bactéria de baixa virulência com bom prognóstico. Esta bactéria é encontrada em ambientes

com alta prevalência de terra e água.

A *Raoultella* spp. está associada ao consumo de frutos do mar, doenças do trato biliar, imunodeficiência, trauma e infecção hospitalar.

Existem alguns, apesar de raros, casos relatados de infecção originada por *Raoultella planticola*, causado infecções do trato urinário (ITU)/cistites.

O caso infra-descrito trata-se de uma infecção urinária causada por *Raoultella planticola*. Pela pouca incidência do agente patogénico, revelou-se um caso muito interessante, salientando a visão abrangente e holística, acompanhamento longitudinal e contínuo da Medicina Geral e Familiar.

Descrição: Mulher caucasiana de 94 anos, residente em Lisboa. Antecedentes de quisto biliar, cardiopatia hipertensiva (IC NYHA III), bronquite crónica (ODL 1,5L), obesidade, hérnia do hiato e ITU de repetição.

Recorreu a consulta com o seu médico de família com análises realizadas no privado na sequência de ITU de repetição com Urocultura (UC) cujo o resultado relevou *Raoultella planticola*, foi solicitada nova UC para confirmação do agente patogénico, que se confirmou. Foi medicada com Nitrofurantoína 100 mg 4id durante 10 dias, segundo Teste de sensibilidade aos antibióticos.

Conclusão: A *Raoultella planticola* é uma bactéria rara e encontrada em ambientes com alta prevalência de terra e água, mais especificamente em meios rurais.

A utente do caso supra-descrito reside no meio citadino e quando questionada negou qualquer tipo de contacto com meios rurais, afastando-se como possível contaminação por contacto com ambientes de terra ou água.

Contudo, foram descritos casos de infecção de *Raoultella* spp associada a doenças do trato biliar, sendo que a utente apresenta um quisto biliar.

Este caso revela a importância de uma detalhada entrevista clínica, o conhecimento dos antecedentes pessoais, contexto biopsicossocial, assim como a identificação de fatores de risco. No caso relatado, foi fundamental esta contextualização na história pregressa da utente, identificação de possíveis causas e a sua associação ao agente patogénico, assim como os fatores de risco para as ITU de repetição, para uma melhor promoção e educação para a saúde.

Tratou-se de um caso desafiante, pela raridade do agente patogénico recaído no Médico de Família a visão abrangente e holística, acompanhamento longitudinal e contínuo da Medicina Geral e Familiar.

PD 115

TUMOR BORDERLINE MUCINOSO GIGANTE DO OVÁRIO

Nataliia Lazanovska¹; Nataliia Malysheva²; Svitlana Kachan¹; Jorge Bruno Pereira²; Andreia Bovin Rodriguez³; Cláudia Rodrigues¹

¹UCSP Vila Velha de Ródão; ²UCSP São Miguel; ³UCSP São Tiago

Introdução: O tumor mucinoso do ovário é um tumor raro, provavelmente responsável por 3% de todos os cânceros epiteliais do ovário. É mais comum em mulheres na perimenopausa entre 40 e 50 anos de idade. Histologicamente é dividido em benigno (75-80%), borderline (10-15%) e maligno (10-15%). Destacam-se como fatores de risco tais como raça branca, nuliparidade, infertilidade, tabagismo e história prévia de cancro ginecológico na família. Bem como a paridade, a lactação, uso de contraceptivos orais, laqueação tubária e histerectomia estão identificados como factores protectores.

Descrição do caso: Mulher de 58 anos, G0P0, em 2003 submetida à laqueação tubária, sem antecedentes patológicos ou familiares de relevo. Apresentou-se na consulta no seu MF com queixas de dor abdominal difusa, obstipação e aumento recente e progressivo do perímetro abdominal. Negava outras queixas e com vigilância ginecológica anual sem intercorrências. Ao exame objetivo com massa abdominal palpável de grandes dimensões, móvel. Na ecografia abdominal observava-se volumosa formação quística heterogénea com septações até a escavação pélvica. Realizado T.A.C. Torácico-Abdomeno-Pélvico em que se identificou provável adenocarcinoma do ovário com 25x28cm. A doente foi imediatamente orientada a consulta de Ginecologia e submetida à histerectomia com anexectomia bilateral. Foi enviada para exame histológico a peça de anexectomia esquerda, cujo resultado foi compatível com tumor mucinoso borderline tipo intestinal sem metástases.

Discussão: Os tumores borderline do ovário, ou tumores de baixo potencial de malignidade, constituem um grupo particular dos tumores de origem epitelial. O tumor borderline mucinoso (TBM) representa 10-15% dos tumores epiteliais mucinosos e 40% dos tumores borderline. Distinguem-se dois tipos de TBM: tipo intestinal e endocervical-like. Os tumores borderline tem aspectos histológicos habitualmente característicos das neoplasias malignas (atipia citológica, invasão focal do estroma e disseminação intraperitoneal e em gânglios linfáticos); no entanto, têm um excelente prognóstico aos 10 anos, após cirurgia completa. O tumor borderline mucinoso tipo intestinal caracteriza-se por proliferação epitelial de células semelhantes ao epitélio intestinal, tipo mucinoso, sem invasão do estroma. Constituem 85-90% dos TBM e em 5% dos casos são bilaterais. Macroscopicamente apresentam-se como massa quística

de grande dimensão, unilocular ou multilocular, contendo material aquoso ou mucóide. Apresenta crescimento rápido e nos estádios iniciais são assintomáticos. Dessa forma, o diagnóstico precoce é difícil e quando descobertos apresentam grandes dimensões. No entanto, quando sintomáticos, a mulher queixa-se de aumento do volume abdominal, dor intensa, alterações gastrointestinais, urinárias e pélvicas. A ecografia transvaginal é o método de imagem recomendado. O marcador CA 125 é utilizado para rastreio de malignidade, apesar de não ser específico, auxilia no diagnóstico e prognóstico da neoplasia de ovário. O tratamento indicado para tumores malignos ou massas maiores de 10 cm, pelo risco de ruptura e hemorragia é laparotomia, geralmente, histerectomia e anexectomia bilateral (com exceção nas doentes jovens em que a fertilidade pode ser preservada pela não remoção do ovário e útero não infectados).

PD 116

"DE UM MAL PARA O OUTRO – A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME COMPORTAMENTAL "

Oksana Halamay¹; Patrícia Moreira¹; Soledade Lopes¹

¹USF Condestável

A Síndrome Compartimental é definida como o aumento da pressão intersticial sobre a pressão de perfusão capilar dentro de um compartimento osteofascial fechado, podendo comprometer vasos, músculos e terminações nervosas. Provoca dano tecidual importante, tratando-se de uma emergência ortopédica! Das etiologias conhecidas atualmente destacam-se: trauma de alta energia com fraturas (69%), contusão, lesão de esmagamento, lesão arterial direta, extravasamento de uma infusão endovenosa, estado pós intervenção de revascularização do membro. Os compartimentos mais afetados são aqueles que possuem uma menor capacidade elástica de seus ossos e fáscia. Embora seja mais frequente nos membros (devido à formação de compartimentos pela fáscia que envolve os grupos musculares), pode ocorrer em outros locais do corpo humano. Trata-se, em geral, de uma patologia de mau prognóstico. Utente de sexo feminino, de 51 anos, autónoma nas AVDs, casada. Ciclo de vida de Duvall- VII. Seguida nos Cuidados de Saúde Primários (CSPs) por Hipertensão Arterial e Dislipidemia. Medicação habitual: atorvastatina -10 mg/dia e perindopril -8 mg/dia. Recorre à consulta no Centro de Saúde (CS) por dor retrosternal de intensidade moderada com irradiação para o dorso, com episódios prévios de menor duração e intensidade, tendo sido referenciada para o Serviço de Urgência por suspeita de Síndrome Coronária Aguda (SCA). O eletrocardiograma efetuado no SU revelou a elevação de ST difusa, exceto D III com infra -ST

em aVR e valores de Troponinas I de 170 ng / ml na 1ª e 500 ng/mL na 2ª avaliação, com necessidade de orientação pela Cardiologia. No mesmo dia, a doente foi internada em Cardiologia para o estudo mais aprofundado e suspeita de Miopericardite versus Angina vasoespástica? Durante os 3 dias do internamento, a doente manteve-se assintomática, porém com uma elevação diária dos biomarcadores (5210, 5748 e, posteriormente, 4572ng/mL). Foram realizadas duas angiografias coronárias, através da artéria radial esquerda e, posteriormente, através da artéria radial direita para fins de diagnóstico. A doente foi submetida à realização de angioplastia coronária com implantação do stent com fármaco. No dia seguinte, a utente desenvolveu dor intensa em ambos os membros superiores (MSs), com parestesias no MS esquerdo, observando-se hematomas extensos em ambos os antebraços, com edemas exuberantes sobretudo à direita. Após observação por parte da Cirurgia Geral, foram removidos os pensos e ligaduras, com indicação de manter membros superiores elevados e aplicar gelo local. Apesar de todas as medidas implementadas, e tendo passado menos de 24 horas, a utente apresentou agravamento progressivo da dor nos MSs com anestesia total do antebraço e da mão esquerda e diminuição marcada da sensibilidade da mão direita. No exame objetivo observou-se palidez cutânea com aumento do tempo de preenchimento capilar bilateralmente e pulso radial não palpável à direita. com necessidade de observação pela Cirurgia Vascular e realização de Angio-TC de ambos os MSs. O exame demonstrou lesão da artéria radial direita e esquerda, com diminuição significativa do lúmen, principalmente da artéria radial direita. Optou-se por realização emergente de fasciotomias de ambos os antebraços e das mãos, com uso da técnica cirúrgica de Shoelacing clássica pela equipa de Ortopedia. Após este procedimento, a utente apresentou melhoria clínica global, com recuperação funcional de ambos os membros.

A Síndrome Compartimental apresenta-se como um quadro clínico emergente, sendo que quanto mais rápido é o diagnóstico e tratamento, melhor é o prognóstico e menor a incidência de complicações irreversíveis. Torna-se, portanto, necessário que todos os médicos conheçam esta patologia e estejam alerta para a mesma.

PD 117

DRESS TO IMPRESS: UMA REAÇÃO À VANCOMICINA

Maria Beatriz Alves de Sousa¹; Miguel Teixeira Cerqueira¹
¹USF Porto Douro

Introdução: O DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) é um quadro clínico provocado por vários fármacos, entre eles a vancomicina. Esta reação apresenta-se com rash cutâneo, padrão de linfocitose atípica, eosinofilia e adenopatias. Pode existir atingimento hepático, renal e pulmonar. Os antibióticos provocam 74% dos casos de DRESS, sendo a vancomicina o fármaco de maior risco.

Descrição do caso clínico: Criança de 11 anos, sexo masculino, obeso, SAOS sob CPAP no sono, infeção por SARS-COV2 diagnosticada a 20/12/21. Recorre ao SU por febre, dispneia e odinofagia. O exame físico mostrou aftas nos pilares amigdalinos e uma tumefação na região cervical direita, dolorosa à palpação, com cerca de 4cm de maior diâmetro. Estudo analítico com leucocitose (15530), neutrofilia (12230), PCR 146.97, VS 32mm na 1ª hora. Ecografia cervical com múltiplas formações ganglionares linfáticas laterocervicais/infra-auriculares à direita com dimensão variada, a mais volumosa medindo 26x17mm, ecoestrutura heterogênea, eventualmente de natureza reativa. A TC cervical demonstra densificação do tecido subcutâneo na face lateral do pescoço e região submandibular direita, traduzindo edema/processo inflamatório (celulite). Foi excluído o foco dentário e atingimento hepático e renal, através da ortopantomografia e ecografia abdominal.

Portanto, trata-se de uma criança com adenofleimão latero-cervical direito e celulite extensa, com compromisso da via aérea, tendo critério de internamento.

Este doente iniciou ceftriaxone e clindamicina EV, tendo cumprido 3 dias no internamento. Contudo por manutenção da febre, franco aumento dos sinais inflamatórios, compromisso da via aérea, rouquidão, voz abafada e apagamento do ângulo da mandíbula, optou-se por alterar antibioterapia para piperacilina+tazobactam, vancomicina e metronidazol EV, que cumpriu durante 14 dias. Por melhoria progressiva da tumefação e dos sinais inflamatórios, este doente teve alta para o domicílio sem qualquer medicação, ao final de 17 dias de internamento.

Passadas 48 horas, recorre novamente ao SU por rash cutâneo maculopapular, eritematoso, generalizado (em toalha), pruriginoso, sem angioedema ou dispneia, mas em contínuo agravamento. Realizou-se um novo estudo analítico, que apenas apresentava eosinofilia (750), sem atingimento hepático ou renal e com PCR negativa (5.30). Sedimento urinário inocente.

A vancomicina já tinha sido suspensa há dois dias. Optou-

-se por administrar dexametasona 10mg EV, com consequente melhoria do quadro clínico.

Conclusão: A vancomicina é um antibiótico com várias reações adversas relatadas, nomeadamente rash cutâneo. Dentro desta categoria, devemos considerar o DRESS nos pacientes que foram medicados com vancomicina nas últimas 4 semanas, pois o quadro pode aparecer passadas 2-4 semanas após a administração do fármaco.

Os sinais de alarme mais importantes são dificuldade respiratória e compromisso cardio-vascular.

PD 118

CELULITE APÓS ADMINISTRAÇÃO DE AGONISTA DE GLP-1: RARO, MAS RELEVANTE

Pilar Burillo Simões¹; Sofia Mateus¹; Helena Brazão¹; Catarina Salvado¹

¹CHULC

Introdução: Apresentamos um caso de celulite como complicação possível do tratamento da diabetes mellitus com agonistas de GLP-1 injetáveis e refletimos sobre os determinantes do sucesso terapêutico em doentes autônomos na sua administração, em especial, em contextos sociais precários.

Descrição: Doente do sexo feminino, de 61 anos com obesidade mórbida e múltiplos outros fatores de risco cardiovasculares, entre os quais diabetes mellitus tipo 2. Dirigi-se ao SU por ferida na região abdominal com febre associada e o internamento adveio da necessidade de antibioterapia endovenosa em doente sem condições para hospitalização domiciliária. Inicialmente medicada com amoxicilina + ácido clavulânico, sofreu falência terapêutica ao fim de 48h em contexto de formação de abscesso com necessidade de drenagem. A colheita do líquido para exame microbiológico permitiu o isolamento em cultura de *Streptococcus anginosus* sensível a clindamicina pelo que se optou por este agente para um ciclo de antibioterapia dirigida. Contudo, a evolução foi desfavorável, mantendo a doente drenagem purulenta. Privilegiando uma abordagem multidisciplinar, a doente foi submetida a desbridamento cirúrgico manual com nova colheita de material biológico do qual se obteve um segundo isolamento, desta feita, de *Eikenella corrodens*, um agente frequentemente resistente à clindamicina. A doente cumpriu um segundo ciclo de antibioterapia com ceftriaxone atingindo melhoria clínica e analítica. Foram revistos os possíveis fatores que contribuíram para a infeção como a técnica incorreta, conservação inadequada do fármaco as condições de higiene precárias. Para a alta, reforçou-se o apoio domiciliário e social, agilizou-se mudança periódica de penso através dos cuidados

primários e agendou-se reavaliação precoce pela equipa de cirurgia.

Conclusão: A celulite com ou sem formação de abscesso é uma potencial consequência adversa dos fármacos injetáveis, incluindo os agonistas de GLP-1. A atenuação de carências sociais e a continuidade dos vários níveis de cuidados pode ser fundamental na prevenção e tratamento bem-sucedido destes casos.

PD 119

PARA ALÉM DA LESÃO ORAL: DUAS APRESENTAÇÕES, UM DIAGNÓSTICO OCULTO

Cátia Vasconcelos¹; Susana Vilar Santos¹; Álvaro Reis¹

¹USF Terras do Ave

Introdução: As lesões orais são uma queixa frequente nos cuidados de saúde primários e, habitualmente, de diagnóstico e tratamento simples. Contudo, são múltiplas as patologias que se manifestam com lesões orais como doenças dermatológicas, traumas, infeções, inclusive sexualmente transmissíveis, e neoplasias. Portanto, o médico de família tem um papel fundamental na avaliação detalhada das lesões, na integração dos antecedentes do doente e no diagnóstico diferencial, o que, por vezes, pode resultar num diagnóstico inusitado.

Descrição: Descrevemos dois casos clínicos. O primeiro de um jovem de 19 anos, do género masculino, que recorreu a consulta aberta por odinofagia resistente a terapêutica e febre, com cerca de dois meses de evolução. Durante a história clínica, foi questionado sobre infeções recentes e referiu ter apresentado lesões do pénis há cerca de 3 meses, motivo pelo qual foi submetido a múltiplas terapêuticas sem sucesso, apenas com melhoria transitória com antibioterapia realizada no contexto de odinofagia. Negava antecedentes de relevo e atividade sexual. Ao exame objetivo, apresentava uma lesão ulcerada profunda da amígdala direita com eritema amigdalino circundante e ponteado hemorrágico. Portanto, foi medicado com penicilina e discutida a necessidade de realizar estudo analítico que o utente aceitou. Estas análises revelaram reatividade de VDRL (1/32), pelo que foi ajustado o tratamento com penicilina, segundo o esquema recomendado, com resolução completa das lesões após cerca de 3 semanas. Foi realizado seguimento com medições seriadas de VDRL. Apenas após seis meses do diagnóstico, em consulta com o médico de família, admitiu contactos sexuais de risco prévios.

No segundo caso, apresentamos um doente do género masculino, de 64 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia que, em consulta de vigilância, referiu a presença de uma lesão do

lábio inferior com cerca de 3 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava nódulo com bordos irregulares, endurecido e esbranquiçado, doloroso ao toque. Negava outras queixas concomitantes. Por suspeita de carcinoma espinocelular, o doente foi referenciado a tele dermatologia. No momento do contacto da dermatologia para agendamento presencial, cerca de um mês após, o utente referiu resolução completa e espontânea da lesão, sem cicatriz. Portanto, como diagnóstico diferencial de neoplasia, foi levantada a hipótese de lesão inicial de sífilis primária, pelo que foi solicitado estudo analítico com VDRL e TPHA.

Conclusão: O polimorfismo das lesões durante as três fases de evolução da sífilis pode mimetizar múltiplas patologias, o que motivou a atribuição do título de “o grande imitador”. Em particular, as manifestações orais podem surgir em qualquer das três fases da doença, em diversas regiões da cavidade oral e perioral, e são das mais difíceis de diferenciar, principalmente, se na ausência de lesões típicas da região perineal. O diagnóstico diferencial de lesões orais de sífilis inclui infeções herpéticas ou fúngicas, tuberculose, histoplasmose, carcinoma espinocelular ou trauma. A complexidade do diagnóstico exige um alto nível de suspeição, sendo muitas vezes utilizado apenas como diagnóstico de exclusão. Apesar de ser considerada uma doença do passado, a prevalência de sífilis tem vindo a aumentar nos últimos anos e é ainda subdiagnosticada na sua fase inicial, tanto pela miríade de manifestações como pela dificuldade de abordar com os utentes, principalmente em contexto de doença aguda, temas como a sexualidade. Denota-se, assim, a importância do médico de família e a relação médico-utente como uma ferramenta auxiliar do diagnóstico, prevenção, tratamento e controlo de propagação da doença.

PD 120

UMA TEIA PERIGOSA – UM CASO DE WEB LARÍNGEO NA IDADE ADULTA

Bernardo Tomás Ferreira¹; Sara Paulino¹; Beatriz Alcântara¹; Raquel Andrade¹; Bruna Martins¹; Cláudia Lourenço¹

¹USF Pinhal Saúde

Introdução: Webs laríngeos constituem uma patologia rara, que se insere no vasto leque de estenoses laríngeas. Estas formações diafragmáticas são malformações causadas pela falha na recanalização completa da laringe durante a 10^a semana da embriogénese. Podendo ser supraglóticas, glóticas, ou subglóticas, estes últimos são os que mais frequentemente necessitam de algum tipo de intervenção e cursam com sintomas como afonia, distúrbios respiratórios ou estridor bifásico.

Descrição do caso: Utente sexo feminino, 71 anos, autónoma, com antecedentes de anemia perniciosa. Em outubro de 2019, por queixa de tosse crónica e suspeita de disфонia, realiza TC-cervical, que deteta espessamento traqueal a nível infraglótico com redução do calibre de 30%. É encaminhada a consulta de otorrinolaringologia (ORL), onde é admitido diagnóstico de web laríngeo, de provável etiologia congénita, com indicação apenas para vigilância. Em novembro de 2020 inicia quadro de cansaço para médios esforços, apresentando ao exame objetivo respiração ruidosa e estridor laríngeo evidente de novo. Foram despistadas e tratadas outras causas de cansaço, nomeadamente o défice de B12, mas por manutenção da sintomatologia foi enviada novamente à ORL onde, dado o carácter crónico da patologia, foi orientada para investigação de outras causas do cansaço pela médica de família na Unidade de Saúde Familiar (USF). Em março de 2021 refere agravamento do cansaço, agora com sensação de dispneia, e dificuldade em realizar as tarefas de cuidadora da mãe. Foram pedidos exames cardíacos e respiratórios. Os primeiros foram normais, mas a espirometria realizada em abril relatou obstrução brônquica grave ($FEV1 < 40\%$), tendo a utente recorrido no próprio dia a consulta aberta na USF. Apresentava agravamento do estridor, dispneia em repouso e ansiedade, com medo de morte. A saturação periférica de oxigénio era normal. Foi medicada com corticoide oral e broncodilatadores inalados numa tentativa de alívio sintomático e encaminhada a consulta urgente de ORL noutra hospital. Ficou com reavaliação telefónica semanal pela médica de família. Em maio de 2021 foi observada pela ORL e admitiu-se o web laríngeo como causa da sintomatologia. Realizou nova TC-Cervical que documentou a membrana previamente descrita, mas com uma redução de calibre de 80%. A utente foi submetida a cirurgia em junho, com resolução completa das queixas imediatamente após o procedimento, apresentando-se à data assintomática.

Conclusão: Este caso pretende chamar a atenção para uma situação clínica pouco frequente, sendo mais raro ainda o início da sintomatologia numa idade já muito avançada para uma patologia congénita. A terapêutica de manutenção sintomática revelou-se pouco eficaz e a resolução cirúrgica atempada foi crucial. Salienta-se o insubstituível papel do médico de família no encaminhamento do doente e os possíveis obstáculos que podem surgir desde o momento do diagnóstico até à sua resolução.

Palavras-chave: Web Laríngeo, laringe, dispneia, estridor, otorrinolaringologia, médico de família.

PD 121

ERUPÇÃO POLIMORFA DA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Mota¹; Maria Inês Durães²; António De Pinho³; Sara Marante¹; Lurdes Mota³; Teresa Fernandes²

¹USF Baião, ACeS Baixo Tâmega; ²USF Nova Lousada, ACeS Tâmega III - Vale do Sousa Norte; ³Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: Durante a gravidez, a mulher passa por intensas alterações imunológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares que a tornam suscetível a mudanças no seu organismo, incluindo a pele.

Existem vários tipos de alterações cutâneas, fisiológicas ou patológicas, dentro das quais se incluem as dermatoses específicas da gravidez (DEG). A Erupção Polimorfa da Gravidez (EPG) é uma das DEG mais frequentes, atingindo entre 1:600 a 1:240 gestações. A etiopatogenia da EPG não está totalmente esclarecida. A distensão abdominal nas primíparas, maioritariamente no 3º trimestre, parece causar alterações no tecido conjuntivo das estrias, conduzindo a uma reação inflamatória, o que vai de encontro ao caso clínico descrito. O tratamento passa pelo controlo sintomático com medidas gerais (emolientes, compressas húmidas sobre a pele, uso de corticoide tópico em baixa dose e antihistamínico). Nos casos mais graves pode ser útil um ciclo curto oral de prednisolona.

O estudo do presente caso clínico decorreu durante o estágio de Saúde da Mulher, estágio obrigatório no internato de Medicina Geral e Familiar, tendo-se obtido o consentimento informado por parte da utente.

Descrição: Mulher, 22 anos, primigesta de 31 semanas + 3 dias, gestação única e sem intercorrências até ao momento da observação. Sem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo, medicada com multivitamínico e ferro. Recorreu, a 19 de dezembro de 2021, ao serviço de urgência (SU) do CHTS por prurido intenso e rash cutâneo urticariforme disperso pelo abdómen e membros inferiores. Neste contexto, foi administrada hidroxizina no SU e prescrita também para o domicílio. A grávida foi avisada de sinais e sintomas de alarme e teve alta urgência. Por agravamento do prurido e evolução do rash urticariforme, a grávida regressou no dia seguinte ao mesmo SU. Ao exame objetivo, destacavam-se pápulas urticariformes dispersas pelo abdómen, membros inferiores e tronco, de novo, e estrias abdominais. Analiticamente apresentava anemia (Hb 10.8) sem alterações do restante estudo analítico, nomeadamente ionograma e função hepática. A ecografia obstétrica não mostrou qualquer alteração e, assim, a grávida foi medicada no SU com hidrocortisona intravenosa, com evidente melhoria sintomática.

A grávida teve alta da urgência com diagnóstico provável de Erupção Polimorfa da Gravidez, medicada com hidroxizina, corticóide tópico em baixa dose e aumento da dose de ferro. Desde então a utente não voltou a recorrer à urgência.

Conclusão: A EPG descrita não acarreta risco materno-fetal, tal como a maioria das DEG, porém o bom controlo de sintomas é crucial para o bem-estar de ambos. A distinção das diferentes DEG é de extrema importância no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para um rápido e correto diagnóstico, bem como a sua correta orientação e tratamento, evitando nomeadamente a recorrência destas grávidas ao SU. O exame objetivo de rotina na grávida, nas consultas de vigilância de Saúde Materna, deve ser sempre tido em conta para orientação e tratamento precoce de possíveis dermatoses.

Assim, compreende-se a importância da passagem dos internos de Medicina Geral e Familiar pelos estágios hospitalares, onde poderão contactar mais facilmente e com mais frequência com determinadas patologias e procedimentos menos comuns a nível dos CSP. É crucial a manutenção e potenciação da interligação dos CSP com os Cuidados Hospitalares.

PD 122

NICHO UTERINO – DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Francisca Mendes Pinto de Abreu¹; Joana Balseiro¹; Joana Alves¹; Joana Sanches¹

¹USF BRIOISA

Introdução: O nicho uterino é um recesso localizado na parede anterior do istmo uterino, sobre a cicatriz de cesariana. Frequentemente esta condição é assintomática, mas pode estar associada a sintomas ginecológicos como hemorragia uterina anómala, dor pélvica e infertilidade secundária. A ecografia endovaginal é o método de diagnóstico de primeira linha, devendo ser complementada com histerossonografia para melhor avaliação da parede uterina. Outros métodos poderão ser usados, como a histeroscopia e a ressonância magnética. O tratamento inclui métodos hormonais e a cirurgia, sendo que o tratamento cirúrgico parece ser o mais eficaz na resolução dos sintomas.

Descrição: Mulher de 37 anos, pertencente a uma família do tipo nuclear. Antecedentes obstétricos: uma gestação e um parto em abril de 2019 por cesariana. Atualmente com preservativo como método contraceutivo. A utente teve consulta de Revisão de Puerpério em junho de 2019, já sem perdas de lóquios, tendo iniciado nessa altura, contraceção com desogestrel 0,075 mg. Teve consulta de Planeamento Familiar em fevereiro de 2020, queixando-se de irregularidade menstrual desde o início de contraceção

hormonal oral, com agravamento em dezembro de 2019. Por esse motivo, a utente optou por suspender a pílula e iniciou preservativo como método contraceutivo. Manteve, contudo, as queixas de irregularidade menstrual, pelo que foi pedida ecografia endovaginal, que realizou em março de 2020 e que apresentava: "...junto ao contorno anterior do istmo uma formação ovalada ecogénica de limites bem definidos com 28x17mm de eixos, com plano de clivagem com o útero, na topografia da cicatriz de cesariana. Recomenda-se reavaliação ecográfica dentro de 4 a 6 meses ou eventualmente para melhor caracterização com ressonância magnética." De acordo com recomendação e por manutenção das queixas, foi realizada nova ecografia em julho de 2020, a que apenas tivemos acesso em fevereiro de 2021 e que apresentava as mesmas características: "na topografia da cicatriz de cesariana a formação ovalada predominantemente ecogénica, já identificada no último estudo de março, estável dimensionalmente e morfológicamente, tendo por maiores eixos 29x13mm.". Após discussão com especialista de Ginecologia, foi colocada a hipótese diagnóstica de nicho uterino. A doente foi novamente observada em consulta de Planeamento Familiar, e pela manutenção das queixas foi referenciada a consulta de Ginecologia. Nesta consulta, após discussão das opções terapêuticas, a doente optou pela colocação de um dispositivo intra-uterino para controlo das queixas, que mantém até à data. Foi aconselhada vigilância médica por parte do Médico de Família, e se os sintomas persistirem apesar de terapêutica, poderá ser necessária nova referenciação para realização de procedimento cirúrgico.

Conclusão: O reconhecimento do nicho uterino é fundamental, uma vez que a taxa de cesarianas tem vindo a aumentar, e consequentemente as suas possíveis complicações. Dores pélvicas e irregularidades menstruais são sintomas comuns no pós-parto em avaliação nos cuidados de saúde primários. É importante perceber qual a causa destas queixas para orientação terapêutica eficiente. Esta entidade é ainda recente e são necessários mais estudos para comparação dos diferentes tratamentos a aplicar, de forma que sejam obtidas conclusões consensuais, não existindo atualmente *guidelines* validadas para seu diagnóstico e tratamento.

PD 123

UMA PEQUENA LESÃO PARA UM GRANDE PROBLEMA

Inês Pessoa Pinheiro¹

¹USF Santos Pousada

Introdução: O carcinoma vaginal espinocelular é um dos tipos mais frequentes de carcinoma na vagina. Ocorre mais frequentemente na pós menopausa. A maioria dos casos são assintomáticos, mas podem-se apresentar com hemorragia após o coito ou por corrimento vaginal anormal.

A infecção pelo vírus HPV é a causa mais comum para o carcinoma da vagina. Outros fatores de risco associados a este carcinoma são a imunossupressão, o tabaco ou o tratamento prévio com radioterapia.

A radioterapia é o tratamento preferencial para a maioria dos carcinomas da vagina.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 91 anos de idade, vive com o filho. Autônoma nas atividades de vida diária. Como antecedentes pessoais médicos apresenta hipertensão arterial, dislipidemia e osteoartrose. De antecedentes cirúrgicos salienta-se uma prótese valvular aórtica por estenose aórtica severa em 2012. Medicada com Ácido Acetilsalicílico 150 mg id, Perindopril 10 mg id, Furosemida 40 mg id, Sinvastatina 20 mg id, Pantoprazol 20 mg id e Lorazepam 1 mg id.

Recorreu a consulta aberta por hemorragia que não sabia se seria de origem vaginal ou retal. Negava dor, corrimento vaginal, disúria ou outra sintomatologia associada. Negava alterações do trânsito intestinal.

Estava muito reticente a realizar exame físico, pois a consulta não era com a sua médica de família mas, após explicação da importância do exame físico e da necessidade de se perceber a origem da hemorragia acabou por aceitar ser examinada. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, imagem cuidada, mucosas coradas e hidratadas e normotensa. No exame ginecológico objetivou-se uma lesão com hemorragia ativa na transição dos pequenos lábios para a vagina do lado direito. Na região anal apresentava hemorróidas exteriorizadas não trombosadas e não sangrantes.

Foi encaminhada para consulta urgente de Ginecologia onde foi concretizado o diagnóstico de neoplasia da vagina espinocelular não queratinizante e proposta para radioterapia paliativa.

Desde que iniciou o tratamento em janeiro de 2022 tornou-se mais dependente para as atividades de vida diária, principalmente a nível da locomoção. Apresenta-se na consulta mais emagrecida e refere perda de apetite.

Discussão: O carcinoma espinho celular é dos carcinomas mais frequentes na vagina. É uma doença maligna que surge

frequentemente após a menopausa cujo diagnóstico pode ser tardio, uma vez que a coitorragia é dos sintomas mais frequentes e a grande maioria das mulheres já não tem atividade sexual ativa nesta faixa etária. É importante cumprir com o Rastreio do Cancro do Colo do Útero e sensibilizar para que sintomas ginecológicos sejam questionados e valorizados em todas as idades. O tratamento é causa de elevada morbidade para a mulher.

Este caso pretende sensibilizar para o carcinoma da vagina e realçar a importância do diálogo, para explicar o que se vai fazer, que exames vão ser pedidos ou que medidas vão ser tomadas, incluindo sempre o doente nas tomadas de decisão para reforçar a confiança do doente e contribuir para uma melhor relação médico vs doente.

PD 124

VIGILÂNCIA ADEQUADA EM SAÚDE MATERNA – TRABALHO DE MELHORIA DA QUALIDADE NUMA USF

Elisa Martins¹; Inês Sampaio Lima¹; Raquel Bastos Plácido¹;

Filipe Prazeres¹

¹USF Beira Ria

Introdução: A vigilância da gravidez de baixo risco é partilhada entre o Médico de Família, ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), e o(a) Obstetra, a nível dos Cuidados de Saúde Secundários (CSS). Existem períodos-chave e parâmetros fundamentais para avaliar o bem-estar materno-fetal, que são definidos em protocolo estabelecido entre CSP e CSS.

Este trabalho de avaliação e melhoria contínua da qualidade auditou os registos clínicos de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) no programa de Saúde Materna.

Metodologia: Foi realizada uma avaliação retrospectiva e interna, tendo sido considerados quinze parâmetros. A auditoria realizou-se em dois momentos.

Num primeiro, avaliaram-se as gestações correspondentes aos nascimentos entre maio e outubro de 2019, que foram vigiadas na USF. Foram identificados e apresentados em reunião de serviço os incumprimentos mais frequentes, tendo sido definidas estratégias de melhoria, nomeadamente a entrega de protocolo com inclusão de medidas corretoras. Optou-se por incidir as estratégias de melhoria em quatro parâmetros: registo da ecografia do 2º trimestre e dos exames laboratoriais dos 1º, 2º e 3º trimestres. Num segundo momento, a equipa de auditoria procedeu à avaliação das gestações correspondentes aos nascimentos entre julho e setembro de 2021.

Relativamente aos parâmetros que correspondem a um indicador do Bilhete de Identidade dos CSP, na primeira fase, considerou-se como objetivo atingir o valor “mínimo aceite”

definido por esse indicador. Na segunda fase, como oportunidade de melhoria, nos parâmetros cuja percentagem foi inicialmente inferior ao “mínimo aceite”, definimos como meta atingir este valor. Nos parâmetros cuja percentagem foi inicialmente superior ao “mínimo aceite”, definimos como meta atingir o “mínimo esperado”. Relativamente aos restantes parâmetros, não contemplados no Bilhete de Identidade dos CSP, definimos o valor mínimo de 70%.

Resultados: No primeiro momento, foram incluídas 32 grávidas. Verificou-se que os parâmetros cuja percentagem de cumprimento foi inferior ao “mínimo aceite” na definição do respetivo indicador foram três: registo da ecografia do 2º trimestre e dos exames laboratoriais dos 2º e 3º trimestres. O parâmetro cuja percentagem de cumprimento foi igual ou superior ao “mínimo aceite”, mas inferior ao “mínimo esperado” foi o registo dos exames laboratoriais do 1º trimestre. Relativamente aos parâmetros que não possuem nenhum indicador estabelecido, todos atingiram a meta aceitável (70%).

No segundo momento, foram incluídas 17 grávidas. No registo do resultado da ecografia obstétrica do 2º trimestre em que se havia definido como objetivo o “mínimo esperado” (72%), obtivemos 93,75%. No registo dos exames laboratoriais do 3º trimestre, cujo objetivo era “o mínimo aceite” (33%), obtivemos 43,75%. Relativamente ao registo dos exames laboratoriais dos 1º e 2º trimestres, verificou-se uma melhoria que não foi, contudo, suficiente para alcançar os objetivos propostos. Por outro lado, não sendo um dos parâmetros em que foi proposta melhoria, verificou-se uma diminuição do desempenho no registo de resultado de ecografia obstétrica do 1º trimestre, face ao resultado da primeira fase.

Discussão: É importante realçar que a primeira fase decorreu num período pré-pandemia e a segunda fase decorreu em contexto de pandemia, com consequente reorganização do protocolo de saúde materna. Nesta reestruturação, algumas consultas foram realizadas de forma não presencial, o que poderia significar uma dificuldade acrescida na transmissão da informação, envio de credenciais e entrega e registo de resultados de exames auxiliares de diagnóstico. A diminuição do desempenho no registo de resultado de ecografia obstétrica do 1º trimestre pode justificar-se pelo facto de ter havido gravidezes diagnosticadas muito tardiamente.

Conclusão: Embora os objetivos não tenham sido cumpridos na totalidade e ainda haja margem de progressão, consideramos o resultado desta intervenção positivo.

PD 125

BORRELIOSE DE LYME: CASUÍSTICA NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DE UM HOSPITAL CENTRAL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Ana Rita Gonçalves¹; Ana Sofia Pinheiro²; Manuela Santos³; Joana Alegria⁴; Bruna Malheiro⁵

¹USF do Minho, ACES Cávado I; ²USF Braga Norte, ACES Cávado I;

³USF Pró-Saúde, ACES Cávado II; ⁴USF MaxiSaúde, ACES Cávado I;

⁵Hospital de Braga

Introdução: A borreliose de Lyme é uma doença infecciosa multissistémica causada por bactérias do complexo *Borrelia burgdorferi* sensu lato, sendo a transmissão ao humano através da picada de uma carraça infetada. Tem apresentações clínicas diversas, podendo ser assintomática. A pele é o órgão mais frequentemente afetado, sendo o eritema migratório a apresentação mais típica. Um estudo realizado em Espanha demonstrou uma incidência em idade pediátrica de 5,5 casos por 100 mil habitantes. O seu diagnóstico implica a confirmação laboratorial da infeção. Na ausência de tratamento antibiótico, a doença evolui tipicamente em três estádios. A terapêutica de primeira linha é a antibioterapia com doxiciclina.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, analítico, transversal e descritivo. Identificaram-se os doentes com teste de ELISA positivo para *B. burgdorferi* s.l., admitidos no Serviço de Pediatria, entre janeiro de 2011 e setembro de 2021. Posteriormente, consultou-se o processo clínico desses casos para se recolherem as variáveis a analisar.

Resultados: No período em estudo realizaram-se 120 requisições para pesquisa de serologia de *B. burgdorferi* s.l., tendo-se identificado 12 casos com teste de ELISA positivo, sobre os quais se prosseguiu a investigação. A distribuição por sexo foi equitativa. Nenhum caso ocorreu em lactentes, 4 casos foram identificados em crianças e 8 em adolescentes. As principais manifestações à entrada no serviço de urgência foram febre, alterações visuais, cefaleias, adenopatias, parestesias e dor abdominal. Dos 12 casos com teste ELISA positivo, apenas 3 apresentaram teste confirmatório Western Immunoblot positivo para a infeção. Dos 3 casos positivos, em apenas um foi administrada a terapêutica antibiótica adequada.

Discussão/Conclusão: Este trabalho permitiu conhecer a incidência de borreliose de Lyme no Serviço de Pediatria deste hospital nos últimos 10 anos, além de verificar os procedimentos diagnósticos aplicados e os tratamentos implementados. Dos 3 casos positivos, nenhum apresentou eritema migratório. Ficaram evidentes as dificuldades na marcha diagnóstica, tendo sido identificados erros na solicitação e interpretação dos exames laboratoriais, o que

condicionou o correto diagnóstico. Foram, ainda, demonstradas falhas na implementação do tratamento adequado, podendo ter condicionado manifestações tardias da doença, algumas das quais irreversíveis. Este trabalho pretendeu ser uma revisão do tema para corrigir erros detetados.

PD 126

HIDRADENITE SUPURATIVA – A WAKE UP CALL

Hugo Matos¹; Telmo Guerreiro¹

¹USF Ribeirinha

Introdução: A hidradenite supurativa (HS) é uma dermatose inflamatória, crónica e recorrente, cursando com nódulos dolorosos e abscessos, que acometem, sobretudo, áreas ricas em glândulas apócrinas. A sua evolução origina sequelas importantes, detendo forte impacto na qualidade de vida. Apesar de o diagnóstico ser clínico, os doentes aguardam cerca de 7 anos para serem diagnosticados. Sendo o Médico de Família (MF) o primeiro contacto do doente com cuidados de saúde, aquele deve estar preparado para o seu reconhecimento e orientação adequada.

Objetivos: Esta revisão clássica tem como objetivo alertar para esta entidade e rever a sua abordagem

Materiais e métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica e artigos originais sobre o tema, após o qual foi elaborada uma revisão da literatura.

Resultados e conclusões: A HS afeta 1-4% da população, com idade média de aparecimento aos 21 anos, havendo frequentemente história familiar. O diagnóstico requer presença de lesões típicas, localização típica e simétrica e caráter crónico e recidivante. A HS associa-se a comorbidades metabólicas (obesidade e tabagismo), imunomediadas (outras doenças autoimunes) e psicossociais e sexuais. O tratamento define-se pela sua gravidade e impacto individual, no sentido de prevenir novas lesões e limitar a sua progressão. O tratamento médico passa pela clindamicina tópica, tetraciclinas orais, esquemas de clindamicina e rifampicina, podendo estar indicado o adalimumab. A abordagem cirúrgica é habitualmente complementar. Tendo em conta a dor intensa associada, importa garantir analgesia adequada. É igualmente relevante incluir a educação do doente e apoio, medidas de autogestão e gestão de comorbidades, onde o papel do MF é preponderante. O prognóstico está muito dependente do diagnóstico e tratamento precoces, tendo lugar a referenciação a Dermatologia.

O reconhecimento da HS pode ser desafiador. O MF deve estar preparado para identificar esta entidade, possibilitando o seu diagnóstico e tratamento adequado, colaborando na gestão das comorbidades associadas e melhorando a qualidade de vida do doente.

PD 127

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL: RECURSOS E DESAFIOS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Sara Ribeiro Gomes¹; Ana Filipa Miranda¹; Mariana Seabra¹; Maria João Marinho¹

¹USF Sete Caminhos

Introdução: O envelhecimento demográfico proporciona novos desafios na sociedade atual, entre eles o aumento da incidência de doenças crónicas e de dependência; contudo, o “ato de cuidar” não é isento de riscos. Os cuidadores informais são um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde, sendo que 80% dos cuidados continuados em toda a União Europeia são fornecidos neste âmbito, sobretudo por mulheres. A literatura reporta que, atendendo ao stress físico, psicológico, social e financeiro a que o cuidador é exposto, este geralmente apresenta menor qualidade de vida, piores indicadores de saúde e maior morbimortalidade comparativamente ao não-cuidador.

Objetivos: Esclarecer o médico de família dos recursos legais disponíveis e procedimentos administrativos para obter o Estatuto do Cuidador Informal, estabelecido na Lei nº 100/2019 de 6 de setembro. Sensibilizar os profissionais de saúde para o seu papel fulcral na promoção da saúde e prevenção da doença tanto dos cuidadores como da pessoa cuidada.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados na base de dados MEDLINE/*Pubmed* utilizando os termos MeSH “Caregivers” e “Caregiver Burden” e análise da fundamentação legal no Diário da República.

Resultados e conclusões: O cuidador informal principal deve reunir determinadas características, entre elas prestar assistência permanente à pessoa cuidada e não pode auferir de qualquer remuneração por uma atividade profissional ou pelo apoio concedido. Para que o estatuto de cuidador informal se aplique, a pessoa cuidada tem de ser dependente e titular de prestações sociais definidas na Lei. Compete ao Serviço Nacional de Saúde e de Ação Social a sinalização da díade cuidador informal/pessoa cuidada ao Serviço de Segurança Social, de modo a ser possível requerer este Estatuto. O cuidador informal principal tem o direito não só de ser capacitado para a prestação de cuidados, como também de usufruir de um subsídio de apoio e de descanso do cuidador informal. A pessoa cuidada apresenta como direito a autodeterminação em relação à sua própria vida e ao processo terapêutico. Desta forma, o Estatuto do Cuidador Informal em Portugal representa um importante “marco” na capacitação de “quem cuida”, permitindo a prevenção de doença nesta população e, em

última instância, a prestação de apoio adequado à pessoa cuidada. Cabe ao médico de família, em articulação com os serviços de Segurança Social, a sinalização e acompanhamento clínico destes casos.

PD 128

SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA: QUANDO A FEBRE SURGE NO PÓS COVID-19

Daniela Filipa Lima Oliveira¹; Maria Helena Pereira Viana Duarte¹; João Pedro de Carvalho Pinto Neto¹; Marta Matias Costa¹
¹USF Montemuro

Introdução: A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (PIMS) é uma complicação rara da infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) nas crianças, que surge, habitualmente, 3 a 6 semanas após a infeção. A febre é o principal sintoma associado sendo frequente o envolvimento cardiovascular, gastrointestinal e mucocutâneo. O prognóstico parece ser favorável, com recuperação clínica completa da maioria das crianças, no entanto a suspeita clínica é essencial para um diagnóstico precoce.

Descrição: criança do sexo feminino, 10 anos, plano nacional de vacinação atualizado. Antecedentes pessoais de asma, medicada com corticosteroide inalado, e de infeção COVID-19 assintomática diagnosticada a 18/10/2021. Iniciou quadro de febre a 09/11/2021, com duração de três dias, mantendo-se apirética nos dias seguintes. A 15/11, por recorrência da febre, foi observada no Serviço de Urgência de Pediatria (SU-P) do hospital de referência, tendo sido alta com recomendação de vigilância e controlo da febre com antipirético. Dois dias depois, recorreu a uma consulta na Unidade de Saúde Familiar, com queixas de toralgia à inspiração profunda e manutenção de picos febris, com intervalos de 6 em 6 horas e cedência a antipirético. Quando questionada, a doente negou qualquer outro tipo de sintomatologia associada e não foram detetadas alterações ao exame objetivo. Atendendo ao seu bom estado geral e cedência da febre à medicação instituída, recomendou-se vigilância com indicação de reavaliação se persistência ou agravamento do quadro clínico. No dia seguinte, 18/11, recorreu novamente ao SU-P por manutenção das queixas, onde foi realizada radiografia torácica que não evidenciou alterações, pelo que teve alta com vigilância de sinais de alarme. A 20/11, por persistência da febre e início de queixas de dor abdominal, edema palpebral bilateral, hiperemia conjuntival, dor ocular e fotofobia, foi reavaliada no SU-P. Realizou, então, controlo analítico que revelou leucocitose com neutrofilia, aumento de marcadores inflamatórios e do peptídeo NT-pro-BNP. Foi transferida para o Hospital Pe-

diátrico da área de referência por suspeita de PIMS, tendo feito ecocardiograma que demonstrou insuficiência valvular mitral ligeira. Após integração de todos os resultados com a clínica apresentada, confirmou-se o diagnóstico, pelo que foi internada para tratamento dirigido e vigilância adequada. Teve alta após dois dias, com estabilização clínica e analítica, mantendo atualmente seguimento em Consultas de Cardiologia e Infeciologia.

Conclusão: A síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica é uma complicação pouco frequente da infeção por SARS-CoV-2 e apresenta, habitualmente, um bom prognóstico. No entanto, é fundamental que todos os profissionais de saúde estejam alerta para a possibilidade da sua ocorrência. O presente caso permite refletir sobre a importância da suspeita clínica como chave para o diagnóstico precoce. Sendo a PIMS uma patologia relativamente recente, não terá sido colocada esta hipótese diagnóstica nas primeiras observações, o que levou a um atraso no reconhecimento da mesma e a múltiplas recorrências da doente aos serviços de saúde. Nos Cuidados de Saúde Primários torna-se ainda mais pertinente a importância do diagnóstico precoce, tendo em conta que constituem, na maioria das vezes, a primeira linha de contacto com doentes com este tipo de sintomatologia. A suspeita clínica é, assim, imprescindível para um diagnóstico atempado, impondo aos profissionais de saúde uma constante atualização de conhecimentos, sobretudo com a emergência de novas síndromes pós COVID-19.

PD 129

MUITO MAIS QUE UMA CEFALÉIA: UM RELATO DE CASO

Ana Rita Laranjeiro¹; Joana Vale¹; Bruno Rei¹

¹USF Araceti, ACeS Baixo Mondego

A porencefalia é uma condição congénita rara do sistema nervoso central, na qual existe um quisto ou uma cavidade dentro do parênquima cerebral, preenchidos por líquido cefalo-raquidiano. Tipicamente, é diagnosticada na infância devido à presença de défices intelectuais, motores ou visuais, convulsões ou cefaleia. O diagnóstico em adultos é extremamente raro. Divide-se em dois tipos: porencefalia esquizencefálica, que resulta de desenvolvimento anormal durante a migração neuronal precoce, e porencefalia encefaloclástica, que advém de lesão isquémica ou hemorrágica pré ou perinatal. O método diagnóstico de escolha é a RM, que permite distinguir quistos de abscessos e neoplasias e o tratamento é sintomático. A Diplegia Espástica é a forma mais comum de Paralisia Cerebral (PC) e quistos porencefálicos são achados imagiológicos frequentemente encontrados em crianças com PC. Sendo a cefaleia uma patologia

de elevada prevalência, repercussão na qualidade de vida e motivo frequente de consulta na Medicina Geral e Familiar, a escolha deste caso clínico teve como objetivo apresentar um achado imagiológico raro, detetado durante o estudo da cefaleia em idade adulta.

O caso diz respeito a uma utente do sexo feminino, de 43 anos, que recorreu à consulta de doença aguda por agravamento recente de cefaleia frontal, que teria anos de evolução. Foi medicada para sinusite aguda, mas, por persistência diária das queixas, foi decidida realização de TC-CE. Este exame revelou “Acentuadas alterações estruturais encefálicas, principalmente à esquerda, aparentemente relacionadas com a presença de quistos aracnoideus/porencéfalos, dado que além de moldagem do parênquima cerebral, se observa também redução do seu volume... O parênquima cerebral está moldado, mas principalmente a nível frontal, o seu volume é menor do que o esperado – componente encefaloclástico?... A hipótese de porencefalia, nomeadamente na forma familiar, e/ou quistos aracnoideus concomitantes, é a mais provável...”. Foi pedida consulta de Neurocirurgia, tendo realizado RM, que revelou: “Extensas fendas esquizencefálicas do tipo II a nível frontal e temporo-parietal esquerdo, de tipo I a nível fronto-basal direito, existindo também uma fenda de tipo I no lobo olfativo esquerdo. Múltiplas e extensas áreas de polimicrogiria, envolvendo não só o contorno das fendas referidas, mas também a nível frontal, lateral e parietal à direita, temporal posterior e médio também direito, e na convexidade frontoparietal interna esquerda. As lesões hemisféricas cerebrais referidas não resultam de destruição do parênquima, mas sim da não formação do mesmo, na sequência de lesão precoce da matriz germinativa, na fase de desenvolvimento cerebral... Refere-se ainda uma hipoplasia anterior do septo pelúcido, assimetria dos pedúnculos cerebrais e protuberância, consequência da assimetria do volume do parênquima cerebral, não sendo evidentes lesões parenquimatosas sequelares valorizáveis, ou alterações malformativas a nível infratentorial. Os tálamos ópticos são assimétricos, por volume mais reduzido à esquerda, existindo também uma assimetria da topografia do núcleo estriado. Não são evidentes alterações estruturais das vias ópticas...”. Uma vez que não teve indicação cirúrgica, foi encaminhada para consulta de Neurologia para orientação da cefaleia. Em termos de antecedentes pessoais, apresenta Rinite Crónica, Epilepsia (sem crises desde os 9 anos) e PC do tipo Diplegia Espástica com hemiparésia direita. Desconhece antecedentes familiares relacionados.

De uma forma geral, este caso enfatiza a importância de adequar os exames imagiológicos às queixas do doente,

mas sobretudo saber distinguir os achados que poderão estar na origem das queixas e aqueles que não passam de “incidentalomas”. Serve, também, para relembrar que nem toda a cefaleia necessita de estudo imagiológico, cabendo ao médico detetar a existência de possíveis sinais de alarme.

Palavras-Chave: Cefaleia; Porencefalia; Esquizencefalia.

PD 130

APENDAGITE EPIPLÓICA: UM DIAGNÓSTICO FREQUENTEMENTE ESQUECIDO!

Ana Isabel Costa¹; Ana Cecília Barbosa¹; Sílvia Garcia¹

¹USF Uma Ponte para a Saúde

Introdução: A apendagite epiplóica (AE) é uma condição clínica rara, benigna e auto-limitada, que consiste na inflamação do apêndice epiplóico por contiguidade ou por enfarte isquémico. Manifesta-se por dor abdominal aguda localizada principalmente no quadrante inferior esquerdo (QIE). O diagnóstico faz-se por tomografia computadorizada (TC) do abdómen. O tratamento é conservador, associado à administração de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, com resolução média de 3 a 14 dias.

Descrição: Doente do sexo masculino, 59 anos de idade, casado, serralheiro. Sem antecedentes pessoais relevantes. Sem medicação habitual.

Foi observado pelo médico de família (MF) no contexto de consulta aberta, por dor localizada ao flanco esquerdo e fossa ilíaca esquerda (FIE), tipo cólica, com 2 dias de evolução. Nega febre, náuseas, vômitos e alterações do trânsito intestinal ou genito-urinário. Foi medicado com butilbrometo de escopolamina 10 mg. Passado dois dias volta a nova consulta aberta, por agravamento do quadro clínico. Refere dor mais intensa no QIE e FIE, persistente, sem fatores de alívio. Ao exame objetivo apresentava mucosas coradas e hidratadas, com tensão arterial de 147/86 mmHg, frequência cardíaca de 69 bpm e saturação oxigénio de 98%. A palpação o abdómen era depressível, com dor intensa no QIE e FIE, sem defesa e sem sinais de irritação peritoneal. Murphy renal e vesicular negativos. Foi enviado ao serviço de urgência (SU) do hospital da área de residência. No SU, por suspeita de patologia abdominal realizaram estudo analítico com presença de leucocitose com neutrofilia (11,5x10⁹/L), PCR aumentada (3,3 nmol/L) e TC do abdómen com o seguinte relatório: “Apendagite epiplóica no terço médio do cólon descendente com maior expressão no bordo anti-mesentérico, sem espessamento parietal nem dilatação das ansas visualizadas...”. Foi proposto internamento, que o utente aceitou. Após três dias de internamento, medicado com ciprofloxacina e metronidazol, teve alta, com evolução

favorável e com indicação para vigilância no MF.

Conclusão: Foi descrito o caso de um homem de 59 anos que recorreu ao MF por dor localizada no QIE e FIE. O diagnóstico precoce é crucial e a medicina geral e familiar possui uma posição privilegiada para a sua abordagem inicial e referenciação atempada. Trata-se de uma entidade que tratada precocemente aumenta a qualidade de vida dos doentes, prevenindo hospitalizações e cirurgias desnecessárias.

PD 132

O PAPEL DA CINTIGRAFIA ÓSSEA NA OSTEOPOROSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

José Pedro Carvalho¹; Andreia Marques¹; Fernando Abreu¹; Sophia Pintão¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A osteoporose é uma patologia óssea metabólica caracterizada por uma diminuição da densidade óssea e deterioração da arquitectura do osso, aumentando o risco de fracturas.

Reporta-se o caso clínico de uma doente com antecedentes pessoais de osteoporose e com queixas álgicas recentes em ambos lados da grelha costal, à qual foi pedida a realização de cintigrafia óssea para despiste de eventuais fracturas.

Descrição: Doente do sexo feminino, 75 anos de idade, com antecedentes pessoais de poliartrite e osteoporose fracturária vertebral, que recorreu à consulta de Reumatologia por queixas álgicas bilaterais da grelha costal, sem história de quedas ou de traumatismos associados. Realizou cintigrafia óssea com difosfonato de hidroximetileno marcado com tecnécio 99 meta-estável (99mTc-HMDP) que revelou aumento da actividade osteoblástica em ambos lados da grelha costal e nas vértebras L3 e L4, com padrão cintigráfico característico de fracturas.

Conclusão: Na osteoporose existe um desequilíbrio no processo de remodelação óssea, aumentando o risco de fracturas ósseas. Para além da dor e incapacidade funcional associadas às mesmas, a osteoporose fracturária contribui ainda para o aumento de hospitalizações e mortalidade.

O principal papel da cintigrafia óssea nos doentes com osteoporose estabelecida consiste essencialmente no diagnóstico das complicações ósseas secundárias, nomeadamente de fracturas por insuficiência. Os diferentes padrões de captação do radiofármaco no esqueleto permitem avaliar a antiguidade das mesmas, assim como excluir outros diagnósticos. Desta forma, a cintigrafia óssea avalia num único exame o corpo inteiro, constituindo uma importante ferramenta na avaliação das principais complicações da osteoporose.

PD 133

CARCINOMA BASOCELULAR – UM DIAGNÓSTICO ESCONDIDO

Joana Carolina Simões Balseiro¹; Dora Ribeiro¹; Joana Sousa¹
¹USF BRIOSA

Introdução: O carcinoma basocelular é o carcinoma da pele mais frequente. Surge sobretudo na face (especialmente no nariz), cabeça e pescoço. Tem um crescimento lento, podendo ter diferentes aspetos, desde lesão pálida, a avermelhada ou rosada, brilhante e translúcida, com ulceração central. Por vezes, após trauma, pode ocorrer discreto sangramento.

A sua etiologia está maioritariamente associada a exposição solar. A terapêutica com radiação ultravioleta e o bronzamento artificial também podem contribuir para este tipo de carcinoma.

Pode também existir um envolvimento de mutações genéticas que desempenham um papel relevante na sua etiologia. Doentes imunodeprimidos crónicos ou que tenham ingerido arsénico no passado têm também risco acrescido de vir a desenvolver carcinoma basocelular. Ainda que controversa, foi proposta a existência de relação causal entre traumatismos prévios e este tipo de carcinoma.

O carcinoma basocelular divide-se em diversos tipos clínico-patológicos, nomeadamente nodular, micronodular, infiltrativo, superficial ou morfeiforme.

O tratamento recomendado é maioritariamente cirúrgico, com excisão da lesão. A radioterapia pode ser utilizada como co-adjuvante em doentes com margens cirúrgicas positivas ou como tratamento único em doentes sem condições cirúrgicas.

Apesar de ter um ótimo prognóstico (100% de sobrevivência), quando atinge uma grande extensão, pode causar elevada morbilidade.

Descrição: Homem, de 53 anos, sem antecedentes pessoais de relevo.

Em consulta de vigilância referiu ferida na região retro-auricular direita com 4-5 anos de evolução, que não cicatrizava e à qual o utente não atribuía importância por associar ao trauma exercido diariamente no referido local pela utilização de óculos.

Ao exame objetivo, constatou-se lesão em placa eritemato-translúcida parcialmente ulcerada na face posterior do pavilhão auricular direito, com aproximadamente 20x40 mm. Foi pedida consulta de dermatologia, na qual foi efectuada biópsia, confirmando o diagnóstico de carcinoma basocelular.

O utente foi submetido a intervenção cirúrgica, com excisão radical da lesão e reconstrução com plastia do pavilhão

auricular, sem intercorrências. O estudo anatomo-patológico revelou carcinoma basocelular, nodular, micronodular e infiltrativo.

Mantém até então seguimento regular em consulta de dermatologia.

Conclusão: O Médico de família, no decorrer da sua prática clínica, desempenha um papel relevante na promoção de hábitos de vida saudáveis, evitando a perpetuação de comportamentos nocivos.

Relativamente às neoplasias cutâneas, para além de reforçar a importância da proteção solar, cabe também ao Médico de Família estar atento a eventuais lesões suspeitas.

Lesões cutâneas que não cicatrizam em algumas semanas e/ou que sangram com o trauma devem sempre merecer a nossa atenção e consequente investigação.

O diagnóstico de carcinoma basocelular, pela sua elevada frequência e importância na clínica, e apesar do seu excelente prognóstico, não deve ser desvalorizado ou descurado.

PD 134

VARICELA NO ADULTO – MITO OU REALIDADE?

Joana Carolina Simões Balseiro¹; Dora Ribeiro¹;
Marta Raquel Matos²

¹USF BRIOSA; ²USF Norton de Matos

Introdução: A varicela, doença infecciosa causada pelo vírus Varicela-Zoster, é caracteristicamente uma doença da infância, desenvolvida entre 10 a 21 dias após contacto com indivíduo afetado, objetos ou partículas de saliva infetadas. Geralmente apresenta um curso benigno nas crianças.

No entanto, pode afetar adultos, acarretando um maior risco de desenvolvimento de doença grave, sendo a forma mais frequente o atingimento pulmonar, podendo culminar em pneumonia.

O diagnóstico de varicela é essencialmente clínico, com presença de máculas, lesões vesiculares de base eritematosa, pruriginosas, que evoluem para a formação de crostas, dispersas pelo corpo.

Apesar de nas crianças se optar frequentemente por medidas de controlo sintomático, em adultos saudáveis pode-se considerar o tratamento com antivírico oral (aciclovir/valaciclovir) nas primeiras 24 horas após início de sintomatologia, como forma de diminuir a gravidade da doença. Trata-se de uma doença de evicção escolar obrigatória, nos 5 dias que se seguem ao começo das lesões cutâneas.

Descrição: Mulher, de 35 anos, pertencente a uma família do tipo nuclear, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual.

Recorreu a consulta de intersubstituição em agosto de

2021 por aparecimento de lesões cutâneas pruriginosas no tronco, couro cabeludo e braços, com 4 horas de evolução. No decorrer da consulta, a utente mencionou que estava a cuidar da sua filha (com 5 anos), que se encontrava em casa com diagnóstico de varicela (primeiros sintomas há 9 dias).

Referiu que pensava poder ter tido exantema compatível com varicela na sua infância.

Ao exame objetivo, constatou-se a presença de várias lesões maculares eritematosas dispersas pela face, couro cabeludo, tronco, braços, bem como algumas lesões vesiculares em menor número.

Pelas lesões cutâneas típicas de varicela e contexto epidemiológico coincidente foi colocada a hipótese diagnóstica de varicela e medicada em consonância com valaciclovir 1000 mg, 3 id, durante 7 dias e desloratadina em sos. Foram explicados cuidados para evicção de contágio a terceiros e os principais sinais de alarme.

Agendou-se consulta de reavaliação após 7 dias, na qual mencionou ter cumprido o tratamento instituído, sem aparecimento de novos sintomas. Ao exame objetivo já apresentava também lesões em fase de crosta, maioritariamente no couro cabeludo.

Conclusão: As lesões cutâneas são, frequentemente, um grande desafio diagnóstico para a maioria dos médicos. A sistematização da etiologia da maioria dos exantemas, de acordo com faixas etárias, ajuda frequentemente a um estabelecimento de uma hipótese diagnóstica de forma mais evidente. No caso da varicela em particular, apesar de maioritariamente uma doença da infância, pode acontecer no adulto, devendo sempre ser colocada esta hipótese diagnóstica quando as lesões cutâneas são condizentes com a mesma.

Este caso alerta-nos também para a importância de averiguar sempre o contexto epidemiológico do utente em questão, podendo servir como mais uma boa pista na caminhada na direção do diagnóstico.

PD 135

DE ONDE VEM A FEBRE?

Dora Catarina Dias Gomes¹; Catarina Oliveira¹; André Santos¹;
Maria do Céu Coelho¹; Sónia Santos¹; Edite Nascimento¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A febre de origem indeterminada é classicamente definida pela presença de temperatura axilar superior a 38.3oC, em várias ocasiões, durante pelo menos 3 semanas, com estudo etiológico indeterminado, mesmo após internamento hospitalar.

Mulher, 45 anos, que na CE referia ter iniciado, há cerca

de 1 mês, mialgias incapacitantes na face anterior das coxas, com boa resposta a anti-inflamatórios não esteroides e, 3 dias depois, febre (temperatura auricular 39.9oC). Dizia apresentar picos febris diários acompanhados de sudorese e mialgias generalizadas. Sem clínica focalizadora, sem contexto epidemiológico de relevo. Exame objetivo sem alterações de relevo e de novo. Admitida em internamento para estudo de febre de origem indeterminada.

Da avaliação analítica: Anemia normocromica e normocítica, ionograma, função renal e enzimas hepáticas normais, PCR 1,7 mg/dL, VS 24.0 mm, cinética do ferro com ferritina baixa, ECA, ADA normais, ANA positivo 1/160, padrão granular, restante auto-imunidade negativa e função tiroideia normal. Pedidas serologias: Antígeno typhico e paratyphico, Hepatites A, B e C, CMV, Sífilis, HIV, Coxiella Burnetti e burgdorferi, negativas. Hemoculturas, coproculturas e urocultura negativas.

Submetida a múltiplos exames complementares de diagnóstico nomeadamente, ecografia abdominal, TC-CE, colonoscopia, TC-TAP e PET- scan sem alterações suspeitas de processo inflamatório, infeccioso ou neoplásico.

Tinha realizado EDA com pangastrite crónica atrofica associada a H. Pylori, tendo feita erradicação.

Durante o internamento temperatura timpânica máxima de 38oC, isoladamente, e em restantes avaliações tanto hospitalares (em contexto de urgência ou consulta) como no Centro de Saúde sempre apirética. Em ambulatório referia manutenção de temperaturas ≥ 38.5 oC a 42oC.

Depois de mais de 1 ano de estudo complementar, com estudo inconclusivo até à data, sem nunca ter sido objetivada febre em nenhuma observação, empregue o diagnóstico de febre factícia.

A febre de origem indeterminada é um desafio clínico. Exige uma história clínica minuciosa, com um exame objetivo detalhado e uma panóplia de exames complementares de diagnóstico, muitas vezes requerendo estes pacientes internamentos prolongados, e de terapêuticas complexas, com custos elevados e iatrogenias importantes.

PD 136

ACESSIBILIDADE SEM CONTINUIDADE: UM CASO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

Maria Beatriz Azevedo Paupério¹; Patrícia Costa¹; Sofia Sá¹; Raquel Lima¹

¹UCSP Cantanhede

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) é uma doença crónica inflamatória de causa desconhecida que afeta, principalmente, indivíduos com mais de 65 anos. Esta caracteriza-se clinicamente por cervicalgia e mialgias proximais ao

nível da anca e ombros, acompanhada por rigidez matinal com mais de 1h de duração e uma queda abrupta na autonomia do doente. O diagnóstico é feito com base na clínica, na elevação laboratorial da Velocidade de Sedimentação (VS) e da Proteína C Reativa (PCR) e na melhoria significativa da sintomatologia, 24 a 72h após o início da terapêutica com Prednisolona em doses baixas - sinal patognomónico.

Descrição: Sexo masculino, 83 anos, diabético e hipertenso, medicado e controlado para as suas patologias de base. Pertence a uma família nuclear, no estadio VIII do Ciclo de Duvall, com nível socio-económico médio-baixo. Vem a consulta de intersubstituição por “dores nas pernas” com limitação funcional importante, há cerca de 5 semanas, associadas a perda ponderal e astenia. Foi medicado com Tramadol+Paracetamol 37.5mg+325mg e Magnésio, tendo sido solicitado estudo analítico que revelou elevação da VS (63 mm/h) e PCR (5.9 mg/dL). Uma semana depois, volta ao Centro de Saúde por manter dor de ritmo inflamatório, com rigidez matinal superior a 1h, ao nível da coluna cervical, anca, ombros e joelhos, que alivia parcialmente com a toma de analgésico. Decidiu-se prescrever multivitamínico, tendo sido agendada uma consulta telefónica para a reavaliação dentro de 1 semana. No entanto, 4 dias depois da última consulta presencial, regressa à consulta aberta por agravamento da dor, que era mais intensa no período da manhã e com os movimentos na cama, tornando-se incapacitante e comprometendo o desempenho das atividades de vida diária (“já não se conseguia levantar de uma cadeira sem apoio” sic). Foi medicado com Naproxeno 500mg 1x por dia e Colecalciferol 30000 U.I. 1x por semana (3 semanas). Dois dias depois, foi realizada a consulta telefónica de reavaliação previamente agendada. O doente mantinha as mesmas queixas, referindo melhoria ligeira da dor com a medicação instituída, mas com rápida recorrência no intervalo analgésico. Colocou-se a possibilidade do diagnóstico de PMR, tendo-se iniciado Prednisolona 5mg, 1 comprimido 3x ao dia, 2-4 semanas, com recuperação completa, ficando assintomático em apenas 1 semana.

Conclusão: O caso clínico apresentado faz-nos refletir acerca da importância da recolha de uma história clínica completa, de forma sistematizada e coerente. Por outro lado, alerta para a relevância que existe na leitura sumarizada dos antecedentes do doente e/ou das últimas consultas. Neste caso, a avaliação sequencial em consulta aberta por vários médicos diferentes poderá ter atrasado o diagnóstico e orientação adequados, vincando a relevância do papel do médico de família no acompanhamento longitudinal do doente. Sendo um caso clínico de PR é também de extrema importância salientar que estes casos são muito prevalen-

tes na nossa população e que, se existir elevada suspeita clínica, não se deve adiar o início da corticoterapia porque os doentes melhoram muito e muito rápido, evitando-se as complicações, como Arterite Temporal, Neuropatia ótica isquémica ou Doença isquémica cerebrovascular, algumas das quais podendo ser irreversíveis.

PD 137

ADR – AINDA DIFERENCIAMOS RESPIRATÓRIOS?

Daniela Marcos Raposo¹; Catarina Vieira Ferreira Gonçalves¹; Carla Soraia Mateus Correia¹; Sónia Marina Teixeira Santos¹; Ana Isabel Franganito Sardo¹

¹USF *Mirante, Olhão*

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário (PEP) consiste na presença de ar livre na cavidade pleural. Apesar da causa ser desconhecida existe uma forte associação a fatores genéticos e ambientais e é consensual que em grande parte dos casos, se deve à rotura de bolhas subpleurais habitualmente localizadas na região apical dos pulmões, até então desconhecidas. É cerca de 3 a 6 vezes mais frequente no sexo masculino. A apresentação clínica varia, desde casos assintomáticos até situações com comprometimento hemodinâmico. Os sintomas mais comuns são os de dor torácica de características pleuríticas ipsilaterais, dispneia súbita, agitação, diaforese, ingurgitação dos vasos cervicais e/ou lateralização da traqueia nos casos mais graves.

A radiografia de tórax é o exame complementar mais utilizado e o Gold Standard para o diagnóstico. Também a terapêutica varia, optando-se por uma atitude expectante em doentes saudáveis e assintomáticos. A drenagem e a toracostomia é utilizada em doentes muito sintomáticos, com pneumotórax de grande dimensão e associado a derrame pleural ou hemotórax.

Com a criação das Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios, a avaliação clínica dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda deixou de fazer parte do dia-a-dia do interno de formação de Medicina Geral e Familiar (MGF) tornando os doentes respiratórios em casos raros com prejuízo a nível da capacitação do médico interno relativamente ao seu diagnóstico e atuação.

Descrição: Doente do sexo masculino, 28 anos que vive sozinho em ambiente urbano e trabalha como ajudante numa drogaria. Sem antecedentes pessoais de relevo, não faz medicação crónica e sem alergias conhecidas. Refere hábitos tabágicos de 7 UMA, consumo esporádico de haxixe e de álcool. Recorreu à consulta de agudos do centro de saúde (CS) por toracalgie de características pleuríticas, intensidade 5/10, com 2 dias de evolução. Menciona que a dor teve início

quando estava deitado no leito e realça o facto de ter praticado exercício físico no ginásio nesse dia. Posteriormente surgiu tosse seca e pieira. Ao exame objetivo apresentava-se eupneico, com uma saturação de O₂ de 92% em ar ambiente, com uma auscultação cardíaca sem alterações e uma auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular à direita e timpanismo à percussão. Foi realizada radiografia do tórax no CS com identificação de um pneumotórax à direita de grandes dimensões. O doente foi referenciado ao serviço de urgência do hospital de referência, tendo ficado internado no serviço de pneumologia durante 7 dias sob oxigenioterapia e drenagem torácica. O doente teve alta com melhoria clínica e resolução radiológica do PEP.

Conclusão: A abrangência da MGF permite o diagnóstico e seguimento de problemas de saúde crónicos, mas também a identificação precoce de condições agudas potencialmente graves, exigindo uma gestão criteriosa relativamente à articulação entre os cuidados de saúde primários e os secundários.

O caso clínico reforça a importância da abordagem de patologia aguda em MGF, do reconhecimento de sinais de alarme, com vista a uma intervenção eficaz, tendo em conta as possibilidades de atuação em cuidados de saúde primários, os recursos existentes e os critérios de referenciação hospitalar. Apesar de não ser uma patologia comum, o PEP deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais de patologia aguda respiratória, principalmente pela sua potencial gravidade. Com este caso clínico pretende-se demonstrar como as doenças do foro respiratório mais frequentes na comunidade requerem um conjunto de aptidões específicas e um treino constante, assim como importa não esquecer a atualização de conhecimentos sobre doenças e síndromes respiratórias menos frequentes, mas cuja deteção atempada e referenciação para os cuidados hospitalares podem ter impacto positivo na evolução da doença e na qualidade de vida do doente.

PD 138

O DESAFIO DAS QUEIXAS INESPECÍFICAS NUMA CONSULTA DE DOENÇA AGUDA EM CSP, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Fidalgo da Cruz Roldão¹

¹USF *Araceti*

Introdução: A consulta de doença aguda é desafiante pela diversidade das apresentações clínicas. A manifestação de queixas inespecíficas exige uma abordagem mais cuidada, tornando o diagnóstico mais desafiante. O conhecimento prévio do doente, com o seu contexto familiar, sociocultural e habitacional pode tornar-se a chave para uma correta

orientação do doente.

Descrição: Mulher de 61 anos, caucasiana, doméstica, residente em meio rural, com contacto com vários animais domésticos (não desparasitados), pertencente a uma família nuclear (fase VII – ciclo de vida de Duvall), Classe baixa (Graffar), com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Recorre à consulta de doença aguda da sua médica de família por quadro com 3 dias de evolução de mal-estar, falta de força generalizada, anorexia e um episódio de diarreia não sanguinolenta. Ao exame objetivo estava em apirexia, sem alterações à auscultação cardiopulmonar, palpação abdominal ou exame neurológico. É solicitado estudo analítico urgente para melhor caracterização do quadro. Por não ter rede de apoio familiar e dificuldade de deslocação regressa em D9 com os resultados analíticos e relata agravamento do quadro anterior com surgimento de novo de tonturas, vômitos, prostração e astenia iniciadas em D5. Ao exame objetivo apresenta-se visivelmente polipneica em aa, taquicárdica e com dor à palpação superficial do QSD. O estudo analítico revela alterações importantes como leucocitose com neutrofilia e trombocitopenia, o que motivou a referenciação ao Serviço de Urgência. Na avaliação hospitalar encontrava-se já febril e com agravamento da dor abdominal. Realizou novo estudo analítico que confirmou leucocitose com neutrofilia, linfopenia, elevação das enzimas hepáticas, bilirrubinas e PCR. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou hepatomegalia com volumosa massa no lobo hepático direito com 14 cm multiseptada e multiloculada compatível com abscesso amebiano ou quisto hidático infetado. Ficou internada no serviço de cirurgia geral, para cumprir ciclo de antibioterapia com piperacilina e tazobactam durante 12 dias e para drenagem percutânea por TC. O conteúdo drenado revelou características purulentas, mas a cultura apenas foi realizada uma semana depois, revelando ausência de flora bacteriana. A pesquisa de *Entamoeba histolytica* e *Echinococcus* foram negativas. Durante o internamento registaram-se vários picos febris com dificuldade respiratória devido a volumoso derrame pleural direito com atelectasia. Necessitou de toracocentese para drenagem do derrame e cumpriu 13 dias de amoxicilina-ácido clavulânico. A cultura do líquido pleural foi negativa. Após estabilização, em D22, teve alta clínica regressando para reavaliação em consulta de agudos, não apresentando já queixas de febre, dor ou sintomas GI.

Conclusão: As três principais etiologias dos abscessos hepáticos são bacteriana, parasitária e fúngica. A pesquisa de *Entamoeba histolytica* e *Echinococcus* nas fezes foram negativas excluindo causa parasitária e a cultura do conteúdo drenado não detetou flora bacteriana pelo atraso de proces-

samento da amostra, porém o seu aspeto purulento torna a origem bacteriana a mais provável. Os abscessos piogénicos são frequentemente secundários a infeções do trato biliar ou intra-abdominais e manifestam-se geralmente com sintomas constitucionais inespecíficos, como ocorreu inicialmente com esta doente. A dor abdominal nos quadrantes direitos, a febre e os calafrios são as manifestações mais comuns que não se apresentavam inicialmente nesta doente. A disseminação da infeção a outros órgãos associa-se a complicações acrescidas, como ocorreu neste caso com derrame pleural. Cabe ao médico de família, na sua posição de prestador de cuidados transversais, continuados e com o conhecimento mais próximo do seu doente, saber identificar potenciais sinais de alarme, muitas vezes não manifestados e não evidentes que justifiquem a orientação para outro nível de cuidados.

PD 139

MIELOMA MÚLTIPLO A IGD – REMISSÃO COMPLETA

Gouveia Pereira¹; José Marta¹; Carlos Flores¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos, tipicamente produtores de uma imunoglobulina (Ig) clonal. O MM a IgD é um subtipo raro, ocorrendo em menos de 2% dos casos. A idade média do diagnóstico é inferior à dos outros MM, com apresentação clínica semelhante sendo mais agressiva e com pior prognóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino com 64 anos, previamente autónoma e com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e histerectomia no contexto de adenoma. Internada no serviço de Medicina Interna para estudo de quadro de compressão medular a nível de D5-D6 com fratura patológica de D6 e alterações da sensibilidade algica, paraparesia e retenção urinária. A ressonância magnética revelou massa intra-canalicular a condicionar compressão medular com envolvimento de múltiplos arcos costais e com componente paravertebral.

A tomografia computadorizada revelou uma lesão expansiva envolvendo a região frontal anterior esquerda com múltiplas lesões líticas dispersas pela calote craniana compatível com plasmocitoma.

A electroforese das proteínas, por electroforese capilar, apresentou um pico monoclonal na região gama quantificado em 2,5g/L.

O doseamento das IgG, IgA e IgM estava diminuído e o de IgD era de 5650 mg/L (VR: < 152.7 mg/L). A razão kappa/lambda foi de 0,69 (VR: 1.4-2,7). O doseamento de cadeias lambda livres foi de 575 mg/L (VR: 5.71-26.30 mg/L).

A imunofixação do soro revelou um componente monoclonal de tipo IgD lambda.

A proteinúria foi de 1062 mg/dia (VR: 50-80 mg/dia) e foi detetada a presença de proteína de Bence Jones do tipo lambda na imunofixação urinária com 112 mg/L de cadeias leves lambda na urina de 24h (VR: < 4 mg/L).

À data do diagnóstico, apresentava alteração da função renal com creatinina 1.22 mg/dL e TGFe de 49, ligeira anemia (11 g/dL), calcémia de 8.4 mg/dL beta 2-microglobulina de 2.61 mg/L, albumina de 59.4 g/L e lactato desidrogenase de 1771 U/L.

O plasmocitoma frontal foi biopsado mas sem alterações de relevo. Foi realizado um mielograma que relatou celularidade aumentada sem outras alterações significativas.

Estamos então perante uma doente com mieloma múltiplo a IgD lambda com plasmocitomas extramedulares múltiplos, estadio II do Sistema Internacional de Estadiamento e estadio I do sistema de classificação Durian-Salmon.

A doente foi tratada com o protocolo de quimioterapia CyBORd com muito boa resposta parcial, seguido de transplante autólogo e ficou medicada com talidomida. A doente entrou em remissão completa tendo vindo a falecer dois anos depois por sepsis na sequência de uma pneumonia adquirida na comunidade.

Conclusão: O mieloma a IgD é um subtipo raro e agressivo, geralmente diagnosticado já num estadio avançado. Este subtipo tipicamente apresenta uma excreção significativamente maior de proteína Bence Jones associada a uma maior incidência de lesão renal.

Uma remissão completa a este subtipo de MM, caracteristicamente agressivo, é rara, sendo este, por isso, um caso notável.

O laboratório tem um papel fundamental no seu diagnóstico e na garantia que a presença de paraproteínas de cadeias pesadas menos frequentes como a IgD é pesquisada e que um MM a IgD não é incorretamente diagnosticado como uma doença de cadeias leves livres.

PD 140

POLIMALGIA REUMÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Amaral¹; Filipa Godinho¹

¹USF Ribeirinha

Introdução: A polimalgia reumática é uma doença inflamatória comum em idosos. Em Portugal a prevalência desta doença na população em geral é de 0,1%, afectando mais indivíduos do sexo feminino. A sua etiologia é desconhecida e o seu diagnóstico, essencialmente clínico e de exclusão, deve ser considerado em pessoas com mais de 50 anos,

que apresentem dor e rigidez articular matinal nas cinturas escapular e pélvica.

Caso: Mulher de 74 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão, dislipidemia, osteoporose e cataratas. A realizar a seguinte medicação habitual: Tramadol, Sucralfato, Ácido alendrónico, Rosuvastatina.

Recorreu à consulta, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por quadro de dor intensa, com início após a terceira dose da vacina COVID19 (final de novembro), referida aos ombros, região cervical e anca. Nas 5 consultas em que esteve presente foi sendo medicada com terapêuticas analgésicas e miorrelaxantes, nomeadamente naproxeno, tiocolquicosido, etodolac, pregabalina e tapentadol, sem alívio significativo de sintomas. Retorna à consulta por manutenção de queixas, que agora estão associadas a sensação de falta de força nos membros superiores, rigidez matinal com duração superior a 45 minutos e dificuldade em realizar algumas das suas Actividades de Vida Diária. Refere ainda perda de apetite. Surge então a hipótese diagnóstica de Polimalgia reumática e foi medicada com prednisolona 10 mg. Duas semanas após o início da corticoterapia a doente refere melhoria dos sintomas, nomeadamente das queixas algícas, mantendo ainda queixas de rigidez matinal. Este caso ainda se encontra em investigação, a aguardar resultados analíticos que possam corroborar ou excluir esta hipótese diagnóstica.

Conclusão: Apesar de comum, é uma patologia pouco frequente em cuidados de saúde primários. As queixas osteoarticulares são um dos principais motivos de procura dos CSP. Para o médico de família é importante valorizar as queixas algícas nas cinturas escapular e pélvica, para assim diagnosticar e tratar a polimalgia reumática. Esta é uma patologia com risco de incapacidade, sendo que 15% dos doentes podem desenvolver arterite de células gigantes que pode originar, entre outras, a perda de visão. Uma atenção cuidada que valorize as queixas e uma boa análise da topografia dos locais de dor, é um fator determinante para este diagnóstico que pode ter tratamento efetivo nos cuidados de saúde primários.

PD 141

PERDA DE PESO COM LIRAGLUTIDO, UM CASO DE SUCESSO

Rita Maria Duarte de Menezes Pitta¹;

Patricia Alexandra Lourenço Sousa¹

¹USF Jardins da Encarnação

Introdução: A obesidade é uma doença crónica cuja prevalência se encontra em fase de crescimento em todas as faixas etárias, sendo um dos maiores contribuidores para a

morbilidade em vários países. A avaliação de um paciente com excesso de peso ou obeso deve incluir a avaliação clínica e laboratorial para determinar o risco de doença a longo prazo pelo que, a alteração dos estilos de vida e/ou tratamento deveriam ser rapidamente iniciados. O Liraglutido, agonista dos receptores GLP-1, verifica-se ser uma escolha segura para o tratamento da diabetes com resultados observados na perda de peso.

Descrição: Mulher de 49 anos recorreu a consulta programada na unidade por dificuldades na perda de peso com anos de evolução, reportando baixa autoestima e preocupações relativamente à sua saúde a longo prazo. Na primeira consulta, ao exame objetivo, a utente apresentava um IMC de 36 kg/m² (obesidade classe II), peso de 98kg e risco elevado de diabetes a 10 anos. Analiticamente demonstrou hipercolesterolemia, sem outras alterações relevantes. Como opção terapêutica, Liraglutido foi prescrito em dose inicial de 0.6 mg com progressão para 1.8 mg ao fim de uma semana. Foram realizadas monitorizações mensais do peso bem como do perímetro do braço, abdominal e anca. Concomitantemente e, por iniciativa própria, a utente realizou alterações à dieta diminuindo a ingestão de hidratos de carbono e iniciou a prática diária de 60 minutos de exercício físico ligeiro. Após 6 meses, ao exame objetivo, a utente apresentou um IMC 27 kg/m² (excesso de peso), peso de 74kg e um baixo risco de diabetes a 10 anos bem como, melhoria da autoestima. Não foram reportados efeitos secundários.

Conclusão: O Liraglutido foi utilizado pela sua eficácia na regulação do apetite e o seu efeito na perda de peso. Este caso demonstra, assim, a importância da colaboração e partilha de decisões entre o Médico de Família e o Utente, optando por uma solução atípica e contribuindo, também, para a consolidação da motivação da utente para alterações comportamentais.

PD 142

DESAFIO NO EXANTEMA PÓS-AMOXICILINA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tiago André da Silva Santos¹; Bárbara Cardoso Barbosa¹; Rita Carvalho Pereira¹; Tânia Coelho¹; Vânia Oliveira¹; João Martins¹; David Brito¹

¹USF VitaSaurium

Introdução: A amoxicilina é um dos antibióticos mais usados em cuidados de saúde primários, nomeadamente em idade pediátrica. Como nestas idades são bastante prevalentes as infeções virais, poder-se-á prescrever presuntivamente amoxicilina.

Por vezes surgem exantemas durante o tratamento que

geram dúvidas sobre a sua etiologia. Isto é, podem ser induzidos pelo próprio vírus, podem ser uma reação alérgica ao antibiótico ou ter um outro mecanismo no contexto da doença em causa.

Deve o médico de família fazer o diagnóstico correto, pois sendo um dos principais antibióticos prescritos, uma reação alérgica mal reportada poderá impossibilitar a toma de um grupo farmacológico bastante importante numa nova infeção.

Descrição: Adolescente, 16 anos, sexo masculino, autónomo, reside com os pais, com antecedentes de excesso de peso, vem à consulta de inter substituição em novembro de 2021 por quadro clínico com 6 dias de evolução de odinofagia, mialgias e febre que durou 2 dias. No dia da consulta refere apenas com odinofagia. Nega contato com pessoas doentes. Fez paracetamol 500mg com alívio parcial. Ao exame objetivo apresentava orofaringe hiperemiada, úlceras no palato duro, sem exsudato. Fez teste antigénio SARS-COV 2 negativo. Foi prescrito amoxicilina 1000mg e ibuprofeno 400mg.

O utente tem nova consulta 10 dias depois com o seu médico de família por continuar com odinofagia (após ter realizado tratamento com o antibiótico) associado a edema da face, labial e exantema no corpo após a última toma de amoxicilina no dia anterior. Ao exame objetivo apresentava edema labial discreto, exantema micropapular no tronco, amígdalas eritematopultáceas, adenopatias cervicais anteriores e submandibulares móveis e dolorosas. Sem outras alterações ao exame objetivo. Foi realizado teste rápido streptococcus negativo. Foram pedidas análises e o utente foi medicado com bilastina 20mg.

No dia seguinte enviou por e-mail as análises pedidas que apresentavam leucocitose (11.8) com linfocitose (4.710), PCR 2.73 mg/dL; TGO 30U/L; TGP 72U/L; Reação de Paul-Bunnell positiva. Perante os resultados obtidos assumiu-se como diagnóstico mais provável o de mononucleose infecciosa tendo sido explicados ao utente os cuidados a ter perante tal diagnóstico.

Conclusão: Este caso realça a importância da realização do teste rápido *Streptococcus* numa primeira consulta com este quadro clínico, mas sobretudo a relevância de um bom diagnóstico diferencial. Esta sintomatologia podia ser devido a uma reação alérgica à amoxicilina, uma reação vírus Epstein-Barr - amoxicilina ou ser a própria erupção do vírus. Caso não se chegasse ao diagnóstico correto através da reação de Paul-Bunnell numa segunda consulta, o utente poderia ter sido mal sinalizado com possível reação à amoxicilina, com prejuízo para este.

PD 143

UM ACHADO INESPERADO: UM CASO DE MIGRAÇÃO DE UM DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

Inês Miranda Paulo¹; Inês Vidreiro¹; Ana Teresa Peres¹; Cláudia Ho¹

¹USF Travessa da Saúde

Os dispositivos intrauterinos (DIU) são utilizados como métodos contraceptivos há mais de 40 anos. São métodos muito procurados pela elevada efetividade e segurança, com escassos efeitos adversos e imediatamente reversíveis após a sua remoção. A migração do DIU é uma complicação possível, podendo ocorrer expulsão do mesmo, deslocação na cavidade uterina ou até perfuração uterina. Esta última é rara e grave, ocorrendo em cerca de 1 em cada 100 colocações e pode ser parcial, na qual o DIU se encontra no endométrio/miométrio, ou completa, em que o DIU se encontra na cavidade abdominal. Na maioria dos casos, as utentes não apresentam sintomas, mas podem relatar dor abdominopélvica e hemorragia vaginal. Em caso de perfuração, Organização Mundial de Saúde recomenda a remoção cirúrgica do DIU, sendo a laparoscopia a via preferencial.

Relata-se o caso de uma utente de 39 anos, IO 0000, sem antecedentes pessoais relevantes, submetida a colocação de DIU de cobre em novembro de 2016, que decorreu sem intercorrências. Na ecografia endovaginal realizada um mês após a colocação, não foi visualizado o DIU, assumindo-se expulsão espontânea do mesmo. A utente iniciou então contraceção oral com etilnilestradiol 0.02 mg + gestodeno 0.075mg. Em 2018, referiu episódios esporádicos de lombalgia e realizou radiografia simples à coluna lombar, sem alterações. Em julho de 2020, iniciou quadro de dor abdominopélvica intensa, mais localizada na fossa ilíaca direita, tendo recorrido a consulta aguda no seu Centro de Saúde e referenciada ao Serviço de Urgência, onde realizou avaliação ecográfica ginecológica, sem alterações e teve alta medicada sintomaticamente. Por agravamento progressivo da lombalgia, foi solicitada TC lombar em outubro de 2021 pelo Médico de Família (MF). Neste exame, foi possível observar o DIU, no esboço da cavidade abdominal, à direita. Para confirmação, solicitou-se TC abdominopélvica, onde foi confirmada a presença de DIU na cavidade intraperitoneal, com projeção hepática e espessamento da parede do cólon ascendente. A utente foi então referenciada para Cirurgia Geral para remoção cirúrgica do DIU, que aguarda. Ainda que a perfuração uterina por um DIU seja uma complicação rara deste método contraceptivo, a utente deve ser devidamente informada da sua possibilidade aquando da tomada de decisão e preenchimento do consentimento in-

formado. O maior rigor e a revisão sistemática da técnica de colocação, bem como a realização de uma ecografia endovaginal após a mesma são passos fundamentais na boa prática clínica, permitindo diminuir a probabilidade de complicações e o diagnóstico precoce em caso de migração do DIU. Com este caso, pretende-se alertar que nenhuma técnica, por inúmeras vezes que seja realizada, está isenta de complicações e que cabe ao MF rever os acontecimentos e prosseguir na investigação, se necessário. Assim, se o DIU não for observado na ecografia, não deve ser assumida expulsão espontânea do mesmo, devendo outros métodos de imagem (como uma rx simples do abdómen) ser realizados para excluir perfuração uterina. No entanto, uma vez que os casos raros de perfuração uterina estão associados a baixa morbidade, o DIU não deve deixar de ser proposto pelos elevados níveis de segurança e eficácia.

PD 144

HÁ TUMORES QUE SE TORNAM UMA “MASSADA”

Rafaela Sousa¹; Raquel Rosa¹; Inês Pinheiro da Silva¹; Diana Silva²; Ana Rita Carvalho³

¹USF São Domingos; ²USF Almeida Garret; ³USF Planalto

O surgimento de uma tumefação de causa não traumática com um crescimento progressivo engloba um vasto leque de diagnósticos diferenciais, desde as causas mais benignas até às potencialmente malignas. Os sarcomas dos tecidos moles são um grupo heterogéneo de tumores sólidos, raros e caracterizados por um crescimento local infiltrativo, acompanhados ou não de dor e desconforto locais. Podem ocorrer em qualquer localização, mas a maioria são vistos nas extremidades. A ressonância magnética é o método de imagem padrão para este tipo de lesões, mas o diagnóstico definitivo é dado pela biópsia. O tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar num centro especializado. As lesões angiomatosas são lesões benignas dos vasos sanguíneos. As de localização intramuscular são pouco frequentes, podem ser assintomáticas (a maioria) ou causar dor localizada e/ou limitação da mobilidade.

Homem, 38 anos, antecedentes pessoais de hérnias discais lombares e sinusite crónica. Sem antecedentes cirúrgicos, hábitos toxicofílicos, medicação habitual ou alergias conhecidas. Utente recorreu a consulta de urgência da unidade de saúde a 16/12/2021 por surgimento de tumefação na região gemelar do membro inferior direito desde o início do mês. Apesar de indolor, causava desconforto e relata um crescimento rápido da lesão. À observação, palpava-se nódulo duro, com cerca de 3cm de maior eixo, móvel, na região da face pósterio-medial da perna direita. Foi pedida ecografia das partes moles e, a 10/02/2022 vem a consulta

mostrar o referido exame, onde se constata: “(...) no plano muscular mais superficial (gêmeo interno), formação nodular sólida hipocogênica, com maior eixo paralelo à pele, tendo cerca de 40x14mm, com finas imagens de maior ecogenicidade intra-lesional. Tem sinal doppler. Dadas as características ecográficas e o crescimento da referida formação propomos avaliação imagiológica complementar por Ressonância Magnética (RM) que condicionará o protocolo.” Realizou RM das partes moles: “na topografia da massa gemelar na vertente anterior no terço proximal encontra-se uma imagem de hipersinal em DP FAT-SAT, medindo cerca de 2,1x1,6x5cm de maiores diâmetros transverso, ântero-posterior e longitudinal seccionados, imagem esta que apresenta um sinal intermédio em T1, praticamente despercebida. No estudo após administração de contraste endovenoso, há uma captação importante desta lesão, aspetos que traduzem uma provável lesão hipervascular. São alterações que impõem diagnóstico diferencial de lesão sarcomatosa com lesão angiomatosa, sendo, contudo, que esta última hipótese diagnóstica nos parece mais provável. Estes aspetos justificarão assim a manutenção do controlo evolutivo. Não há outras alterações a referenciar”. Foi pedida consulta de Outros Tumores Sólidos do Instituto Português de Oncologia, que o doente aguarda.

As lesões dos tecidos moles podem ser benignas ou malignas. É importante o médico de família reconhecer os sinais de alarme que permitem o adequado diagnóstico e tratamento. O atraso na abordagem precoce de uma lesão como o sarcoma traduz-se tipicamente em taxas aumentadas de amputação e morte. Embora sem o diagnóstico definitivo, este caso alerta-nos para o importante papel dos cuidados de saúde primários quer na deteção precoce de lesões potencialmente fatais como na adequada referenciação aos cuidados de saúde secundários.

PD 145

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EPIGASTRALGIA NA GRÁVIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE PANCREATITE AGUDA

Maria Catarina Gaspar¹; Vanda Lapão Silva¹; Solange Gomes¹; Romy Mukheiber¹

¹USF Lusitânia

Introdução: A associação de pancreatite aguda e a gravidez é rara, mais frequente no 3º trimestre de gestação ou puerpério e carece de diagnóstico precoce pela sua alta morbi-mortalidade materno-fetal. No entanto, trata-se de um diagnóstico difícil pela coincidência dos sintomas com outros característicos de outras patologias ou das próprias fases gestacionais, como a hiperémese gravídica no 1º tri-

mestre, por exemplo.

Descrição: Mulher, 35 anos de idade, pertencente a família nuclear na fase IV do ciclo de Duvall, com antecedentes de gastrite por *Helicobacter pylori* e adenoma da hipófise benigno. Grávida de 5 semanas de gestação, gesta 3, índice obstétrico 1-0-2-1 (uma interrupção voluntária da gravidez por feto com trissomia 21 e um aborto espontâneo), recorre a consulta não programada para relatar episódio do serviço de urgência ao qual recorreu no dia anterior em contexto de queixas de epigastralgias. Refere ter realizado ecografia fetal, sem aparentes alterações (segundo informações colhidas – sic), e apresenta estudo analítico a destacar GPT 114, GOT 234 e amilase 1767. Teve alta medicada com paracetamol e sucralfato. Ante o resultado do estudo analítico e persistência das queixas puseram-se os seguintes diagnósticos diferenciais: pancreatite, coledocolitíase, cólica biliar e síndrome de HELLP, pelo que é novamente referenciada à urgência hospitalar para estudo complementar urgente, sendo uma gravidez considerada de alto risco pelo índice de Goodwin. Volta posteriormente a consulta, trazendo nota de alta do serviço de Cirurgia Geral no qual permaneceu internada durante cinco dias para vigilância, com o diagnóstico de pancreatite aguda. Durante o restante período de gestação permaneceram queixas álgicas abdominais esporádicas, assim como elevação ligeira dos parâmetros analíticos hepáticos, carecendo de uma vigilância mais frequente. Teve ainda como intercorrências obstétricas sialorreia persistente, hiperémese gravídica e diagnóstico de Diabetes gestacional desde o 1º trimestre.

Conclusão: A principal causa de pancreatite aguda na gravidez é a litíase vesicular. Excluída essa etiologia, o clínico deve estar alerta para a associação entre esta entidade e outros fenómenos próprios da gestação, como a hiperémese gravídica, preeclampsia, esteatose hepática na grávida e a exacerbação da hipertrigliceridemia fisiológica da grávida.

PD 146

SEGUIMENTO IRREGULAR NO 1.º ANO DE VIDA, OPORTUNIDADE PERDIDA: RELATO DE CASO DE TUMOR TESTICULAR EM LACTENTE

Pedro Lopes Vaz¹; Carla Pereira Gomes²

¹USF Viriato - ACeS Dão Lafões; ²USF Terras de Azurara - ACeS Dão Lafões

Introdução: O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza a realização de consultas em idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional. Este seguimento permite, não só promover cuidados antecipatórios na pre-

venção da doença e promoção da saúde, como acompanhar a adaptação da família à criança, capacitar os cuidadores, apoiar e identificar fatores de maior vulnerabilidade para proteção do desenvolvimento da criança.

Descrição: Lactente de 7 meses, sexo masculino, previamente saudável, incumpridor do seguimento previsto pelo PNSIJ e do PNV. Observado aos 5 meses e 19 dias, após falta a consulta dos 4 meses, por edema testicular esquerdo sem sinais inflamatórios, aparentemente com 15 dias de evolução. Realizou ecografia escrotal com a descrição de alterações “em relação com orquiepididimite”, entregue enquanto contacto indireto. Nesse contexto, foi medicado com antibiótico. Verificou-se ausência na consulta dos 6 meses. Aos 7 meses e 11 dias recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica, por manutenção das queixas, associadas a consistência dura, indolor à palpação e percepção materna de irritabilidade. Constatou-se tumefação testicular esquerda, não dolorosa à palpação e sem sinais inflamatórios. Realizou ecografia escrotal que revelou “massa testicular sólida esquerda com 31x21mm, ecogénica e heterogénea, vascularizada”, colocando-se o diagnóstico de tumor do testículo. Referenciado caso para consulta de Oncologia Pediátrica, onde foi observado 2 dias depois, tendo sido internado e submetido a orquiectomia esquerda no dia seguinte. Realizou um ciclo de quimioterapia. O estudo anatomo-patológico revelou “tumor do saco vitelino puro, pré-pubertário do testículo esquerdo, com 33 mm de maior eixo, limitado ao testículo, com invasão linfocelular”. Foi realizada TC de estadiamento, sem alterações. Assim, foi feito o diagnóstico de tumor das células germinativas TNM pT2-M0-N0-S2. Atualmente com seguimento anual em consulta de cardio-oncologia, para vigilância de efeito cardiotóxico da quimioterapia. Mantém ausência de seguimento em consulta de MGF.

Conclusão: Este caso revela a importância do seguimento previsto pelo PNSIJ proporcionado pelos Cuidados de Saúde Primários, de modo a identificar alterações do normal crescimento de uma criança. Este acompanhamento permite intervir de forma preventiva, curativa ou seletiva dos casos com necessidade de referência aos Cuidados de Saúde Secundários, o mais precocemente possível. Verificando-se a manutenção do incumprimento no seguimento regular previsto pelo PNSIJ por parte desta criança, urge refletir e identificar quais os fatores de risco que o possam colocar em causa, intervindo de modo a prevenir a sua descontinuidade.

PD 147

RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE VENTILOTERAPIA DOMICILIÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Catarina Araújo¹; Ana Isabel Silva¹; Anita Marques¹; Bárbara Vaz¹; Mariana Horta¹; Sara Albuquerque¹

¹USF Nova Salus

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) está associada a maior morbimortalidade por doenças cardiovasculares, alterações metabólicas e disfunção cognitiva. A ventiloterapia noturna com pressão positiva é o tratamento gold standard. Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a sua renovação deve ser suportada pelo relatório de ventiloterapia. Na prática clínica diária constata-se que a não adesão à ventiloterapia é um problema significativo, estimando-se que 29 a 83% dos doentes façam um uso médio da ventiloterapia inferior a 4 horas/noite. Sempre que se verifique não adesão, não eficácia, incapacidade recente de adaptação ao ventilador, efeitos colaterais de difícil controlo, complicações de natureza técnica ou vontade expressa do doente em suspender a terapêutica, este deve ser referenciado a consulta hospitalar especializada.

Objetivo: Promover a correta renovação da prescrição de ventiloterapia dos utentes com SAOS da USF Nova Salus de acordo com os critérios apresentados na orientação da DGS nº022/2014.

Materiais/Métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal. Numa primeira fase, obteve-se a lista dos utentes inscritos na USF Nova Salus com o diagnóstico “P06 - Perturbação do sono”. Destes foram incluídos os adultos com o diagnóstico de SAOS, sob ventiloterapia noturna com pressão positiva, com registo de pelo menos uma consulta entre 1 de julho e 31 de dezembro de 2019, que não estivessem em seguimento na consulta hospitalar de Patologia do Sono. Verificou-se no processo clínico informatizado individual o registo da adesão, eficácia e ausência de complicações, que devem ser cumpridos para renovação da prescrição de ventiloterapia. Os registos foram considerados omissos, insuficientes ou adequados e a atitude do médico como correta ou incorreta perante o cumprimento dos parâmetros avaliados no relatório. Posteriormente, realizou-se uma sessão teórica aos profissionais da unidade e colocaram-se lembretes no ambiente de trabalho do computador dos médicos sobre a correta renovação da prescrição de ventiloterapia domiciliária. Três meses depois, foi avaliada a qualidade dos registos e a melhoria da prescrição. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa Microsoft Excel[®].

Resultados: Na primeira avaliação foi observada uma prevalência de SAOS de 1.14% (n=160). Cerca de 35%

(n=56) encontravam-se sob ventiloterapia e com seguimento da patologia apenas nos CSP. Verificou-se que em 39.3% (n=22) destes doentes havia registo de parâmetros de ventiloterapia no processo clínico, sendo que em 20 os registos foram considerados adequados. Quando foi avaliada a atitude do médico perante o pedido de renovação da ventiloterapia, considerou-se que tiveram uma atitude correta em apenas 35.7% (n=20) dos casos. Na segunda avaliação efetuada, verificou-se uma prevalência de SAOS de 1.5% (n=208). 38.5% (n=80) encontravam-se sob ventiloterapia e com seguimento da patologia apenas nos CSP. A sua maioria apresentava registo dos parâmetros da ventiloterapia no processo clínico (70%, n=56), sendo que em 49 os registos foram considerados adequados. Foi observada uma atitude correta pelo médico em 72.5% (n=58) dos casos.

Conclusão: Verificou-se uma melhoria na prescrição de ventiloterapia, no entanto, alguns doentes continuam a ter acesso à renovação do seu equipamento sem serem verificados os parâmetros necessários para a sua renovação, o que poderá comprometer o controlo da doença. Como principal limitação ao estudo, as autoras identificaram a presença de registos clínicos incompletos.

PD 148

DERMATOSES ASSOCIADAS À GRAVIDEZ: REVISÃO DA LITERATURA

Ana Isabel Costa¹; Ana Cecília Barbosa¹; Sílvia Garcia¹

¹USF Uma Ponte para a Saúde

Introdução: Durante a gestação ocorrem diversas alterações físicas, imunológicas, endócrinas, vasculares e metabólicas que predispõem a gestante a alterações na pele. Algumas dessas alterações são tão inofensivas que fazem parte do espectro fisiológico da gravidez. Contudo, por outro lado, existem dermatoses que são específicas da gravidez e devem ser valorizadas pois podem ter graves implicações no feto. Para além disso, na gravidez, também pode ocorrer o agravamento de dermatoses já existentes ao longo da vida da gestante.

Objetivos: Apresente revisão tem como principal objetivo a caracterização das dermatoses durante a gravidez, sejam estas, de carácter fisiológico ou patológico.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados nos últimos dez anos, até 20 abril de 2021, nas línguas portuguesa e inglesa, indexados nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência. Para a pesquisa foram usados termos MeSH: "Dermatosis" AND "Skin diseases" AND "Pregnancy complications" AND "pregnancy".

Resultados e conclusões: Foram encontrados 73 artigos, 42 dos quais foram excluídos pelo título e resumo e 12 artigos pelos critérios de exclusão. Assim, foram selecionados 19 artigos que preencheram totalmente os critérios de inclusão.

As alterações na pele que ocorrem durante a gravidez são, na sua maioria, potenciadas por fatores imunológicos, ambientais e hormonais. Estas podem ser alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez, dermatoses específicas na gravidez ou dermatoses alteradas na gravidez. A sua distinção é importante para se evitar tratamentos desnecessários.

Nesse seguimento apurou-se que as alterações fisiológicas da pele são benignas e não requerem, na maioria das vezes, o uso de medicação. Por sua vez, as dermatoses específicas da gravidez caracterizam-se, em grande parte, por dermatoses pruriginosas que se distinguem de acordo com a classificação mais recente em quatro patologias: a penfigóide gestacional, erupção polimorfa da gravidez, a colestase intra-hepática da gravidez e a erupção atópica da gravidez. Entre as quatro patologias, a colestase intra-hepática é aquela que se revela mais perigosa para o feto.

PD 149

PREVENÇÃO ONCOLÓGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE ESCOLAR

Sofia Vieira Matos Rei¹; Ricardo Pinto²

¹Centro de Saúde do Caniço, SESARAM; ²Centro de Saúde da Nazaré, SESARAM

Introdução e objetivos: Segundo o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, a incidência de cancro está a aumentar, condicionando uma elevada morbidade e mortalidade, sendo a segunda principal causa de morte em Portugal, e a primeira antes dos 65 anos. De acordo com a OMS, cerca de 40% das neoplasias podem ser prevenidas, outras podem ser tratadas e curadas, se detetadas precocemente.

Deste modo, é fundamental a sensibilização e promoção de medidas e estilos de vida saudáveis para a prevenção contra o cancro, tais como, uma alimentação saudável, exercício físico regular, cessação tabágica, eviçãõ do consumo de álcool, eviçãõ da exposição solar nas horas de maior radiação UV, eviçãõ da exposição a radiação ionizante e agentes químicos.

De realçar ainda a importância dos rastreios, nomeadamente do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro colorretal.

O objetivo desta atividade consiste em avaliar e melhorar os conhecimentos de um grupo de alunos sobre a preven-

ção oncológica, através de uma sessão de educação para a saúde, permitindo, deste modo, avaliar o impacto da intervenção na comunidade escolar. Sensibilização e promoção de medidas e estilos de vida saudáveis para a prevenção contra o cancro.

Metodologia: Foi realizada uma sessão de educação para a saúde relativa à prevenção oncológica, na Escola Profissional Dr. Francisco Fernandes, no dia 24 de fevereiro de 2022, dirigida a 5 turmas desta escola.

Foi distribuído por cada aluno um questionário de avaliação de conhecimentos pré e pós-sessão, constituído por 10 questões de verdadeiro ou falso, com duração de 10 minutos.

A análise dos resultados foi efetuada através dos softwares Microsoft Excel e IBM SPSS, sendo considerados estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$.

Resultados: Dos 75 participantes, 84% eram do sexo masculino e 16% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 15 e 23 anos, e uma média de idades de 17 anos.

Relativamente ao questionário de avaliação de conhecimentos pré e pós-sessão, foram avaliadas 10 questões. Destas, 8 apresentaram um valor estatisticamente significativo ($p < 0,05$), representando um aumento percentual significativo de respostas certas após a sessão. As restantes questões (números 7 e 9) tiveram um balanço positivo discreto, face ao questionário pré-sessão.

Discussão: Após a análise dos resultados, é possível concluir que a intervenção contribuiu para melhorar os conhecimentos deste grupo de alunos sobre esta temática, e, portanto, as sessões de educação para a saúde contribuem para aumentar a literacia no âmbito da prevenção oncológica.

Este tipo de iniciativas poderá ser replicado noutras escolas, estendendo-se também a outras temáticas e grupos etários.

De salientar ainda que esta atividade permitiu um contacto mais próximo com a comunidade, aplicando na prática várias competências nucleares da Medicina Geral e Familiar.

PD 150

A CEFALEIA – SABER QUANDO PARAR.

Hugo Matos¹; Telmo Guerreiro¹

¹USF Ribeirinha

Introdução: A cefaleia por abuso de medicamentos é o tipo de cefaleia crónica mais prevalente, com uma prevalência estimada entre 1-2%, verificando-se um predomínio feminino.

Objetivos: Atendendo ao seu impacto negativo sobre a qualidade de vida dos nossos utentes, torna-se especialmente relevante o seu reconhecimento diagnóstico e tera-

pêutico, sendo este o âmbito essencial do presente trabalho

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica a 02/05/2020, através do motor de pesquisa *Pubmed*, utilizando como termos - chave: "headache and headache medication abuse". Os filtros utilizados na pesquisa incluíram: "review, 5 years", tendo-se obtido um total de 45 artigos. Após a leitura do seu título e resumo, selecionaram-se cerca de 4 artigos.

Resultados e conclusões: O diagnóstico da cefaleia por abuso de medicamentos, requer pelo menos 15 dias de dor de cabeça por mês por pelo menos 3 meses, desenvolvendo-se como consequência do uso excessivo regular de medicamentos para cefaleias. Triptanos, ergotamina ou opióides devem ser usados em excesso por pelo menos 10 dias/mês, enquanto o ácido acetilsalicílico, paracetamol e AINEs devem ser usados pelo menos 15 dias/mês. O mecanismo patológico da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é complexo, com provável propensão genética e o envolvimento de outros fatores, nomeadamente: biológicos, psicológicos e comportamentais. Atendendo ao exposto, torna-se essencial, que o médico de família tenha presente na sua prática clínica, a possibilidade deste diagnóstico. Alguns fármacos utilizados na profilaxia da enxaqueca demonstraram ter efeito terapêutico superior sobre a cefaleia por abuso de medicamentos quando comparado com um placebo, mas não quando comparado com a suspensão da medicação. Atendendo a que a taxa de recaída pode chegar aos 30 a 40% (independentemente do tratamento adotado), torna-se de suma importância, a sua prevenção. Pode-se assim concluir que a cefaleia por abuso de medicamentos acarreta implicações nefastas, assumindo os programas de desintoxicação um papel preponderante.

PD 151

LUTO EM IDADE PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Fontes Ferreira¹; Liliana Gonçalves²

¹USF Ribeirão, ACeS Famalicão; ²USF Ribeirão, ACeS AVE Famalicão

Introdução: O processo de luto (PL) das crianças e jovens na perda de um cuidador ou ente querido tem algumas especificidades. A visão e compreensão das crianças e adolescentes variam com a fase de desenvolvimento cognitivo e emocional. Crianças em famílias enlutadas geralmente não têm o benefício da experiência no PL e são mais dependentes das informações fornecidas pelos adultos. Uma atitude demasiado protetora pode criar barreiras à comunicação honesta e comprometer uma abordagem holística e familiar no PL. Quando possível, as crianças devem ser

incluídas no PL antecipatório, evitando a “conspiração do silêncio”.

Caso clínico: Este caso centra-se numa criança de 7 anos, com uma família nuclear composta pela mãe com 33 anos e pelo pai com 36 anos com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) com 5 anos de evolução até ao desfecho final. A situação de incapacidade foi gradualmente evoluindo até dependência total. O crescimento e desenvolvimento desta criança foram marcados pela fragilidade do pai e uma atípica dinâmica familiar.

Reflexão: Uma intervenção personalizada direcionada à criança, com explicação do estado clínico da figura paterna, da necessidade de algumas atitudes terapêuticas (como sonda nasogástrica) são cruciais para desmistificar a projeção pueril e desajustada sobre o presente e futuro expectável. Em suma, Médicos de Família treinados devem oferecer o seu conhecimento e apoio personalizado, abordando proactivamente as necessidades das crianças enlutadas. A comunicação aberta, a expressão de sentimentos e pensamentos promovem um ajuste adaptativo à sua perda. Dessa forma, crianças e adolescentes sentir-se-ão compreendidos, apoiados e menos solitários perante circunstâncias desconhecidas e ameaçadoras, promovendo um PL bem-sucedido e saudável.

PD152

UM CASO DE COLITE MENOS COMUM

Dora Catarina Dias Gomes¹; Catarina Oliveira¹; André Santos¹; Maria do Céu Coelho¹; Sónia Santos¹; Edite Nascimento¹

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A colite microscópica cursa habitualmente com episódios recorrentes de diarreia aquosa, não sanguinolenta, podendo ser acompanhada de sintomas sistémicos. O seu diagnóstico baseia-se em achados histológicos, além da clínica sugestiva, sendo frequentemente subdiagnosticada. Pela histologia divide-se na forma linfocítica e colagenosa. Com a etiologia ainda por clarificar, esta entidade poderá estar associada a inúmeros fármacos, alimentos e infeções bacterianas, nomeadamente *Campylobacter jejuni* e *Clostridium difficile*.

Homem de 86 anos, autónomo com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 com nefropatia e hipertensão arterial.

Internamento em enfermaria de Medicina Interna por IC descompensada. Como intercorrência teve uma infeção respiratória com bacteriemia a *Streptococcus constellatus*, tendo cumprido 14 dias de ceftriaxone, com melhoria clínica e analítica. Após término de antibioterapia iniciou diarreias com cheiro fétido. Pesquisa de toxina e GDH

Clostridium difficile positivos, tendo cumprido metronidazol durante 10 dias, com resolução da infeção.

Posteriormente, apresentou dejeções líquidas recorrentes, não sanguinolentas, sem cheiro fétido, sem muco, que o paciente referia já apresentar há cerca de 1 ano, porém agravadas. Foi agendada colonoscopia para ambulatório (cerca de 1 mês depois da resolução da colite pseudomembranosa).

Na colonoscopia a mucosa observada não tinha alterações. Realizadas biopsias que revelaram uma mucosa com preservação da arquitetura glandular e da mucossecção, edema ligeiro e aumento da população linfoplasmocitária no córion, sem displasia nem sinais de malignidade.

Tratando-se de um doente idoso com fatores de risco, nomeadamente infeção recente por *Clostridium* e a toma de fármacos descritos como fatores desencadeantes, admitimos tratar-se de uma colite microscópica linfocítica. Recomendamos medidas de higiene-dietéticas, reajustou-se terapêutica, sendo suspensos os inibidores da bomba de prótons e a estatina. Com estas medidas houve uma diminuição na frequência das diarreias e consequentemente da melhoria da qualidade de vida do utente.

PD 153

EDEMA PERIORBITÁRIO – DE UM SINAL A UM DIAGNÓSTICO

Carmen Comino¹; Clara Ramos²; Ana V. Magalhães¹; Marta Mendonça¹

¹USF das Conchas; ²USF Dona Amélia de Portugal

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) caracteriza-se clinicamente por proteinúria, hipoalbuminémia, hiperlipidémia e edema, sendo mais frequente em idade pediátrica. O edema é a apresentação inicial em cerca de 95% das crianças, inicialmente na face e região periorbitária, estendendo-se posteriormente aos órgãos genitais e membros inferiores. O SN é primário em cerca de 90% dos casos, sendo a doença de lesões mínimas a etiologia mais frequente em idade pediátrica. A avaliação inicial inclui a anamnese e exame objetivo (EO), com especial enfoque nos possíveis diagnósticos diferenciais, causas secundárias e complicações, seguido pela avaliação laboratorial. As principais complicações agudas são a hipovolémia, trombose e infeção, sendo esta última a causa mais frequente de mortalidade em idade pediátrica. O diagnóstico precoce é fundamental de forma a atingir a remissão da doença e minimizar possíveis sequelas. Perante a suspeita de SN, o doente deve ser referenciado ao Serviço de Urgência (SU) para confirmação diagnóstica e início adequado de terapêutica. A maioria dos casos é sensível aos corticosteróides, com remissão após

4 semanas.

Descrição: Criança de 7 anos, sexo masculino, caucasiana, sem antecedentes pessoais relevantes. Trazida à consulta de doença aguda por quadro de edema palpebral, desde há alguns dias. Já teria sido observada por episódio semelhante anteriormente, tendo sido recomendado a diminuição das horas em frente ao tablet. Ao EO, verificou-se edema palpebral bilateral, sem sinais inflamatórios e tensão arterial (TA) de 87/59 mmHg. Foi solicitada avaliação laboratorial e feita prescrição de anti-histamínico. Quanto à avaliação urinária, destaca-se urina II com a presença de proteínas 3+. Relativamente à avaliação hematológica, não se verificaram alterações no hemograma, função renal, ionograma ou enzimas hepáticas. Admitindo-se como hipótese diagnóstica SN, foi realizada referenciação para consulta urgente de nefrologia pediátrica. Por preocupação da mãe e manutenção do edema periorbitário, recorreu ao SU de pediatria. Ao EO, verificou-se TA 116/66 mmHg, ligeiro edema periorbitário e dos membros inferiores. Realizou nova avaliação laboratorial, a destacar: hipoalbuminémia (1,9 mg/L), proteinúria > 1000 (++++); albuminúria 150 (+++); eritrócitos 25 (+); Creat 100; ratio Prot/Creat >1500; ratio Albumina/Creat >300. Perante a hipótese diagnóstica de SN inaugural iniciou toma de prednisolona 60 mg/m²/dia. Foi internado no serviço de nefrologia pediátrica onde foi monitorizada a diurese, peso diário e proteinúria diária, assim como avaliação cardiorrespiratória e neurológica. Permaneceu no internamento durante 6 dias, com melhoria progressiva, desmame da corticoterapia e avaliação semanal da proteinúria com tira-teste. Após estabilização do quadro, teve alta com ensinos relativamente à vigilância. Até à data verificaram-se 2 recidivas.

Conclusão: Apesar da baixa prevalência do SN, é uma doença que exige uma rápida atuação e orientação. O edema palpebral é uma manifestação frequente e, muitas vezes, o primeiro sinal de doença. A sua presença deve suscitar a hipótese diagnóstica de síndrome nefrótica. Os cuidados de saúde primários são, na maior parte das vezes, o primeiro contacto do doente com o sistema de saúde. É importante que o médico de família (MF) esteja alerta e reconheça os sinais e sintomas de doenças, que, apesar de pouco frequentes, têm impacto significativo na saúde e exijam uma rápida orientação. A relação que se estabelece entre os cuidados de saúde primários e secundários é essencial para o bom controlo e evolução das doenças crónicas, de forma a assegurar o seu correto acompanhamento e tratamento, prevenção de complicações e deteção precoce de recidivas. É importante que o MF integre o plano de ação e contribua para a educação constante sobre a

patologia, terapêutica e cuidados a ter (alimentação e controlo semanal da proteinúria), de forma a minimizar o risco de recidivas.

PD 154

QUANDO A FREQUÊNCIA SE TORNA INAPROPRIADA.

Inês Inácio¹; Cristina Duarte¹; Sara Leão¹; Ricardo Fernandes¹; Joana Baptista¹

¹USF Coração da Beira

Introdução: A taquicardia sinusal inapropriada (TSI) é um tipo de arritmia rara caracterizada pelo aumento exagerado e persistente da frequência cardíaca (FC), em repouso ou para estímulos leves, sem que haja relação com as necessidades fisiológicas. Caracteristicamente, o Holter 24h demonstra uma frequência cardíaca média >90bpm com resposta exagerada da frequência cardíaca (>100bpm) durante os esforços. Ocorre maioritariamente em mulheres (entre os 15 e 50 anos). A etiologia é desconhecida, no entanto os episódios tendem a ser perçecionados abruptamente com sintomas variáveis que incluem palpitações, dispneia, fadiga, precordialgia atípica, pré-síncope e síncope. Devido à variedade e característica dos sintomas é frequentemente confundida com sintomas psiquiátricos. O mecanismo subjacente à TSI permanece pouco compreendido sendo provavelmente multifatorial, integrando fenómenos como disautonomia, desregulação neuro-hormonal e hiperatividade intrínseca do nó sinusal.

Descrição: A.C.D, 43 anos, sexo feminino, caucasiana, casada, inserida em família nuclear e funcional, fase VII do ciclo familiar de Duvall. Ex-fumadora (17 UMA), sedentária, consome 2 cafés por dia e tem como antecedentes pessoais: diabetes autoimune latente do adulto (LADA), insuficiência venosa crónica, perturbação depressiva major recorrente, adenomiose, pólipos intestinais infantis e salpingectomia bilateral por hidrossalpinge. Em julho de 2021, recorreu a consulta programada com o médico de família (MF) por quadro de polipneia, fadiga, palpitações e sensação de opressão torácica para esforços mínimos-médios. Ao exame objetivo apresentava auscultação pulmonar, saturação de oxigénio e valores da tensão arterial (TA) normais, destacando-se o aumento da FC à auscultação assim como da frequência do pulso periférico em repouso (FC 98bpm). Foram solicitadas análises sanguíneas, electrocardiograma (ECG) e ecocardiograma, estes sem alterações, e Holter que revelou ritmo sinusal e FC médias horárias frequentemente >100bpm sugestivo de taquicardia sinusal inapropriada merecendo correlação clínica. Foi ainda pedido que até à próxima consulta a doente fizesse em ambulatório o registo da TA e FC. Dois meses depois regressa ao MF mantendo

do a sintomatologia. Ao exame objetivo TA 109/67mmHg e FC 102bpm e registos em ambulatório com valores TA dentro da normalidade e FC entre 95-110bpm. Perante os achados clínicos e as alterações verificadas no Holter foi referenciada a Cardiologia. A utente recorreu a cardiologista privado que confirmou o diagnóstico e medicou com propranolol 40 mg 2 vezes por dia. Atualmente, mantém-se assintomática e com FC a variar entre 73 e 90bpm.

Conclusão: A TSI é um diagnóstico de exclusão. Perante taquicardia sinusal torna-se importante excluir outros tipos de taquicardia supraventricular mais frequentes (taquicardia intranodal, flutter ou taquicardia auricular) e causas de taquicardia sinusal “apropriada” (febre, hipertireoidismo, exercício, dor, ansiedade, anemia, hipertireoidismo, consumo de fármacos ou drogas taquicardizantes. Com um prognóstico benigno e não estando associada à cardiomiopatia induzida por taquicardia, o tratamento visa a redução dos sintomas. Tal como verificado no caso clínico atual, os beta-bloqueantes são usados com sucesso, contudo há situações em que é necessário recorrer a doses altas conduzindo a efeitos colaterais intoleráveis. Nestas situações específicas a Ivabradina é a alternativa mais segura e eficaz e perante as novas *guidelines* de Cardiologia deve ser administrada isolada ou em combinação com o beta-bloqueante. Esta é uma entidade pouco estudada e pouco conhecida, mas que apesar de tudo se acompanha de uma diminuição da qualidade de vida do doente pelo que o seu diagnóstico atempado se revela fundamental.

PD 155

A VULNERABILIDADE DO DOENTE IDOSO: MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA CRÓNICA

Tiago Conceição Silva¹; Catarina Bettencourt¹
¹USF Buarcos

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenómeno global e uma realidade em Portugal. Explica o aumento da prevalência de múltiplas condições crónicas que acometem principalmente os indivíduos idosos, conduzindo a potenciais danos irreversíveis de órgãos e sistemas. A avaliação clínica desta faixa etária é complexa, difícil e deve incluir uma abordagem de todos os problemas de saúde do indivíduo, o que torna a gestão destes doentes um verdadeiro desafio cujo objetivo é preservar a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar e limitar a progressão para a incapacidade e desregulação multissistémica.

Descrição: Mulher de 85 anos, com antecedentes pessoais de carcinoma da mama submetida a mastectomia, medicada com anastrozol com posterior metastização pulmonar bilateral tardia, osteoporose, hepatite C crónica,

síndrome depressivo, insuficiência cardíaca e nódulo tiroideu hipercaptante no lobo esquerdo proposto para biópsia, recorre à consulta com a Médica de Família por apresentar lesão ulcerada no membro inferior esquerdo com cerca de uma semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava edema de ambos os pés, lesão ulcerada com fundo de necrose, cerca de 1.5 cm de diâmetro e sinais inflamatórios circundantes, com dor ao toque. Os pulsos pediosos e tibiais posteriores eram palpáveis, cheios e não se verificaram alterações da sensibilidade. Objetiva-se lesão cutânea de provável natureza vasculítica em ambos os membros inferiores. Iniciou ciclo de Flucloxacilina 500mg. Houve agravamento do quadro clínico de forma progressiva com dispneia, cansaço e dor torácica à direita, pelo que foi avaliada em serviço de urgência, onde foi diagnosticado derrame pleural e realizada toracocentese de líquido com características de transudato. Tendo em conta o agravamento do estado geral foi institucionalizada em Estrutura Residencial para Idosos. O declínio do estado de saúde foi rápido e a doente acaba por falecer, pelo que não se concluiu o estudo das lesões dos membros inferiores por eventual biópsia, para confirmação diagnóstica da suspeita de vasculite por crioglobulinas associada a Hepatite C.

Conclusão: O aumento da prevalência de doenças crónicas está associado ao desenvolvimento de complicações que decorrem da doença de evolução arrastada, com particular incidência no indivíduo idoso frágil. Este caso retrata complexidade na abordagem destes doentes, mostrando a importância do acompanhamento de patologias com evolução crónica que frequentemente complicam em fases tardias, enaltecendo a importância da abordagem holística do idoso. O acompanhamento longitudinal característico do Médico de Família coloca-o em posição privilegiada para o contacto com este tipo de patologias e com as suas manifestações menos comuns.

PD 156

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO A ABCESSOS PULMONARES E EMPIEMAS POR INFEÇÃO POR MRSA

Mariana Guerra¹; Sandra Santos¹; Cristina Martins¹
¹CHUC

Apresenta-se o caso de uma mulher de 81 anos, autónoma, trazida ao SU por dispneia de início súbito. Como antecedentes pessoais de relevo, destaca-se tuberculose pulmonar na infância e DM tipo 2 NIT com complicações micro e macrovasculares.

À admissão no SU, apresentava-se febril (T 38°C), hipotensa (TA 80/72 mmHg), taquicárdica (FC 110 bpm) com SpO2

de 88% em 21% e na auscultação pulmonar apresentava o murmúrio vesicular abolido no hemitórax (HT) direito. Gasimetricamente, com acidose metabólica com anion gap (AG) aumentado, insuficiência respiratória tipo 1 e hiperlactacidemia (pH 7,15, pCO₂ 32 mmHg, pO₂ 50 mmHg, HCO₃ 16 mmol/L, AG 20 e Lactatos 3,97 mmol/L). Foi algalhada, iniciada oxigenoterapia com máscara de venturi com FiO₂ de 40% e fluid-challenge com uma resposta parcial. Foi colhido rastreio séptico. Analiticamente, apresentava LRA AKIN III (creatinina 4.10 mg/dL e AU 158 mg/dL) e elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 45.23 mg/dL e PCT 20.8 ng/dL). O Rx tórax mostrava a presença de lesões nodulares capsuladas bilateralmente e uma “sombra” na base direita. Realizou TAC tórax que identificou presença de volumoso pneumotórax à direita com múltiplos níveis hidroaéreos com conteúdo heterogêneo e focos gasosos na zona mais dependente sugestivo de empiema e pelo menos 3 cavitações de parede espessa e organizada, a maior de 48 mm a traduzir abscessos pulmonares bilateralmente.

Foi colocado dreno torácico anterior e iniciado antibioterapia com piperacilina-tazobactam e clindamicina. O caso foi discutido com Medicina Intensiva que chumbou a doente e Cirurgia Torácica que indicou que a mesma não tinha critérios para intervenção cirúrgica. Consequentemente a doente foi admitida na Unidade de Cuidados Intermédios. Neste serviço, o quadro clínico agravou progressivamente, com aumentos progressivos de oxigenoterapia, necessidade de introdução de suporte aminérgico com noradrenalina e dobutamina por hipotensão refratária e realização de terapêutica de substituição renal. No entanto, apesar de todas as medidas terapêutica instituídas a doente acabou por falecer.

Posteriormente, foi isolado *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA) no exame microbiológico da expetoração.

Discussão: Aqui, a hipótese mais provável seria uma pneumonia necrotizante por MRSA com consequente desenvolvimento dos abscessos, o empiema e o pneumotórax espontâneo secundário. No entanto, dada a gravidade do quadro clínico e o desenvolvimento de lesão multiorgânica, já presente desde admissão em SU, o desfecho clínico não foi surpreendente, revelando a complexidade da infeção respiratória por MRSA em doentes com diabéticos e com história de tuberculose prévia.

PD 157

DUPLA ANTI-AGREGAÇÃO PÓS AVC – ATÉ QUANDO? UM CASO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Diogo Alexandre Antunes Carapito¹; Inês Filipa Salsa Guerra¹
¹USF Mactamã

Introdução: O período pandémico confrontou-nos com o seguimento sub-ótimo de múltiplos doentes, quer a nível de cuidados primários, quer de cuidados secundários de saúde. Volvidos mais de dois anos do início da pandemia, continuamos a ser confrontados com esta realidade.

Apresentamos um caso clínico de uma doente com perda de seguimento em diferentes especialidades hospitalares e que adotou connosco uma modalidade de seguimento não presencial, maioritariamente através de pedidos de renovação de receituário.

Na sequência de um contacto por dúvida clínica, com pedido de consulta não presencial, deparámo-nos com desadequação terapêutica. Procedemos assim a uma revisão terapêutica, no âmbito de prevenção quaternária. Questionámo-nos ainda sobre o que foi menos adequado no seguimento desta doente e de que forma o seguimento poderia ter sido otimizado.

Descrição: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 55 anos, leucodérmica, autónoma, desempregada. Trata-se de uma doente com antecedentes pessoais de AVC isquémico (com colocação de stent da carótida interna esquerda), doença arterial periférica, DPOC e história de hepatite B no passado. Como hábitos, há a destacar tabagismo e hábitos etanólicos moderados.

Na sequência do seu AVC, durante o período pandémico, a doente ficou duplamente antiagregada (com ácido acetilsalicílico e clopidogrel). Tivemos conhecimento do caso e fomos, ocasionalmente, renovando o seu receituário crónico. A doente manteria seguimento nas consultas de Neurologia, Neurocirurgia e Cirurgia Vasculár.

Contacta a sua médica de família, catorze meses depois do AVC, no sentido de saber se deveria interromper terapêutica antiagregante antes de uma extração dentária. Na sequência deste pedido, procedemos à suspensão de um dos antiagregantes antes da extração dentária. Deparámo-nos com a continuação da dupla antiagregação, mais de um ano após o AVC. Verificámos que a doente tinha apenas tido duas consultas a nível hospitalar no seguimento do seu AVC. Assim, fizemos uma revisão terapêutica e constatámos a ausência de indicação clínica para dupla antiagregação a partir do primeiro mês após colocação de stent carotídeo. Neste sentido, tentámos articular com a Neurologia e demos indicação para manutenção da terapêutica antiagregante apenas com ácido acetilsalicílico.

Conclusão: Este caso ilustra a importância do médico de família no seguimento do doente como um todo e na integração dos diferentes problemas de saúde e indicações terapêuticas. É exemplificativo de diversas situações de perda de seguimento/seguimento menos adequado durante o período pandémico, reforçando a importância do papel do médico de família como vigilante ativo da saúde do doente. Por fim, este caso relembra-nos da necessidade de, sempre que possível, os pedidos de renovação de receituário gerarem revisões terapêuticas.

PD 158

SAF OBSTÉTRICO NUMA DOENTE ALÉRGICA

Mariana Guerra¹; Daniela Marado¹; Jorge Fortuna¹

¹CHUC

O Síndrome anticorpo antifosfolípídico (SAF) é uma patologia autoimune caracterizada pela presença de anticorpos anti fosfolípidicos e complicações trombóticas e obstétricas. Apresenta-se o caso de uma mulher de 44 anos de idade, seguida em consulta por SAF provável com perfil de alto risco. Apresentava positividade para anticoagulante lúpico mas sem critérios clínicos. Apenas tinham sido registados 2 abortos espontâneos antes das 10 semanas de gestação. O restante estudo complementar para trombofilias, autoimunidade e serologias era negativo. Como antecedentes pessoais de relevo, destaca-se síndrome de ativação mastocitária, asma grave, história de choque anafilático a metilprednisolona, anafilaxia a dexametasona, testes alérgicos positivos para hidrocortisona e alergia a vários fármacos, agentes de contraste e componentes alimentares. Efetuava hidroxicloroquina 200 mg (por intolerância gastrointestinal à dose de 400mg), enoxaparina 40 mg id (em dose profilática), AAS 100 mg id, além de ácido fólico, hidroxivitamina D e omalizumab. Na altura da nova consulta, foi registado um novo evento obstétrico, mais 1 aborto espontâneo antes das 10 semanas. Atendendo aos critérios de diagnóstico, foi efetuado o diagnóstico de SAF obstétrico. Manteve a AAS 100 mg e hidroxicloroquina 200 mg id, a enoxaparina foi alterada para dose terapêutica (60 mg id) e foi necessário introduzir prednisolona em baixa dose. Pelo historial alérgico, foi urgentemente encaminhada para consulta de Imunoalergologia para testagem de eventual reação alérgica e teste de dessensibilização a prednisolona o que não aconteceu. Desta forma foi possível introduzir o corticoide na dosagem de 10 mg id.

A doente manteve uma vigilância apertada em consultas multidisciplinares conseguindo engravidar ao final de múltiplas tentativas com sucesso.

Discussão: O caso destaca o SAF obstétrico como uma

patologia de difícil manuseamento e que aliada a uma idade avançada para gravidez e um historial alérgico pesado pode dificultar a eventual conceção. No entanto, adequada avaliação pré-concepcional, vigilância pré-natal e a assistência especializada multidisciplinar permitiu apesar de todo o risco implicado uma conceção com sucesso e um parto programado sem complicações.

PD 159

GLICOGENOSE IX ALFA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Sampaio Lima¹

¹USF Beira Ria, ACeS Baixo Vouga

Introdução: As doenças de armazenamento do glicogénio são doenças raras de gravidade clínica variável, que afetam primariamente o fígado. Possuem um amplo espectro de manifestações clínicas: hepatomegalia com elevação das transaminases, hipoglicémias cetóticas, dislipidémia, restrição do crescimento. A glicogenose IX alfa é então uma doença rara, hereditária do metabolismo, crónica e sem tratamento curativo, com incidência ao nascimento de 1:100 000 e de transmissão ligada ao cromossoma X. É causada por défice de actividade da fosforilase cinase hepática (PHKA2), uma enzima que desempenha um papel fundamental na regulação da glicogenólise, ao ser necessária para a ativação da glicogénio fosforilase. Assim, embora haja produção e armazenamento de glicogénio, existe dificuldade na sua degradação e conseqüente libertação de glicose para a corrente sanguínea.

Descrição: Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino, cinco anos, fruto de uma gravidez sem intercorrências, com seguimento na nossa Unidade de Saúde Familiar. Apresenta um desenvolvimento psicomotor harmonioso, e antecedentes pessoais de asma controlada e anemia ferripriva.

A criança iniciou episódios de palpitações, hipersudorese e lipotímia, ao acordar, aproximadamente aos 4 anos, com um episódio de três em três meses e com frequência crescente desde o dia 20/8/2020, data em que se dirigiu ao serviço de urgência de pediatria, onde foi objectivada glicémia 35 mg/dL e cetonémia 5,9 mg/dL, tendo feito glucose hipertónica com reversão do quadro. Teve então alta com indicação de vigilância de glicémias em jejum durante duas semanas, não se tendo verificado novos episódios ou hipoglicémias neste período. Quatro meses depois, a mãe solicita consulta de agudos por três episódios nas últimas três semanas, todos associados a hipoglicémia. Os sintomas ocorreram sempre ao acordar, sem febre, anorexia ou perda ponderal, sem queixas álgicas e sem episódios

durante o dia, ou com a prática de exercício físico. Assim, encaminhou-se para consulta de pediatria no hospital de referência.

Do estudo efetuado, o hemograma não apresentava alterações de relevo, a função renal, ionograma, AST/ALT, glicose e LDH encontravam-se dentro dos limites de referência; Igs A, G e M sem alterações; anticorpos anti transglutamina-se IgA negativos; T4 livre ligeiramente inferior ao normal e TSH ligeiramente aumentada; amónia, IGF1 e IGF-BP3 sem alterações. Ao exame objectivo, destacava-se circulação colateral abdominal visível com ligeiro eritema palmar, sem evidente hepatomegalia e uma estatura no percentil 3, sendo a estatura alvo entre os percentis 15 e 85. Foi então colhido painel hipoglicémia INSA, tendo sido identificada a mutação p.His528Arg (c.1583A>G) em hemizigotia no gene PHKA2, correspondente a glicogenose IX alfa. Foram então explicados à mãe a estranheza de aparecimento de sintomas tão tardia, bem como o mecanismo da doença e seu tratamento, assim como efetuado encaminhamento para consulta de genética, pelo potencial da alteração genética nas irmãs do doente.

Conclusão: O médico de família é o responsável primeiro da vigilância da saúde infantil. Assim, é de suma importância o conhecimento do espectro de manifestações clínicas deste tipo de patologias, por forma a que a suspeita diagnóstica, no caso de hipoglicémias cetóticas, seja precoce, possibilitando um seguimento e tratamento adequados.

PD 160

E TUDO TRAZ A MENOPAUSA

Laís Catizani Lopes¹; Ricardo José Brás²

¹USF Artemisa - ACES Cascais; ²USF Dona Amélia de Portugal - ACES Lisboa Norte

Utente do sexo feminino, 64 anos, com antecedentes pessoais de DM2, HTA, Incontinência urinária de esforço, obesidade e diverticulose.

G3P3, Menopausa aos 52 anos. Viúva

Vem à consulta para realização de colpocitologia, no âmbito de rastreio do cancro do colo do útero. Nega queixas ginecológicas.

À inspeção dos órgãos genitais externos, apresenta lesão despigmentada extensa, afetando a região vulvar e perianal, com pequenas fissuras, eventualmente derivadas de fricção por prurido. Os grandes e pequenos lábios coalesceram, apresentando um aspeto esbranquiçado com aumento da espessura da mucosa.

Exame ao espéculo revela atrofia vaginal, colo sem lesões macroscópicas aparentes.

Quando questionada acerca das lesões, a utente refere te-

rem surgido há vários anos, associadas a prurido com aumento gradual de intensidade. Relacionou as mesmas com o aparecimento da menopausa, motivo pelo qual não achou relevante abordar a sua sintomatologia em consulta.

Adicionalmente, diz ter entrado em abstinência sexual desde o falecimento do seu marido.

Iniciou-se aplicação tópica de corticoide de média potência e referenciou-se a utente para a consulta de Dermatologia. O líquen escleroso é uma dermatose crónica caracterizada pela presença de placas brancas bem definidas na pele ou mucosas. Podem ainda estar presentes hiperqueratoses, erosões, fissuras, púrpura e telangiectasias. Envolve essencialmente a área anogenital e com menor frequência o tronco, membros e mucosa oral. A atrofia e a cicatrização podem levar à contração e fusão dos tecidos, obstruindo estruturas anatómicas.

Atinge essencialmente as mulheres em período pós-menopausa, sendo que, em 10-15% dos casos, ocorre em crianças com menos de 13 anos, estando associado a prurido intratável.

As mulheres afetadas queixam-se frequentemente de prurido vulvar crónico (com interferência na qualidade de vida), disúria e dispareunia. Os homens podem apresentar balanites recorrentes, que poderão progredir para fimose.

A etiologia está ainda por definir havendo, contudo, alguns fatores de risco conhecidos, nomeadamente hormonais, auto-ímmunes, mecânicos, genéticos, endócrinos e infecciosos. Em 3% dos casos, as lesões poderão evoluir para carcinoma das células escamosas.

O diagnóstico diferencial pode ser feito com o líquen plano, o lúpus eritematoso e a leucoplasia, entre outros. A presença de lesões a nível da mucosa favorece o diagnóstico de líquen escleroso.

O tratamento consiste na aplicação tópica de corticóides potentes e imunomoduladores. A terapêutica deve ser iniciada o mais brevemente possível. A fototerapia poderá ser também uma opção viável. Em caso de aperto vulvar e fimose, poderá ser necessário intervenção cirúrgica.

Este trabalho tem como objetivo realçar a importância da realização de consultas de Planeamento Familiar em mulheres na pós-menopausa, de forma a dar mais abertura para a discussão de temas pertinentes para a melhoria da sua qualidade de vida. A sexualidade não deverá ser posta de lado com o avançar da idade, devendo ser sempre inquiridas queixas uroginecológicas, bem como a satisfação sexual.

PD 161

IMPACTO DA COVID-19 NO BURNOUT MÉDICO – A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA

Filipa M. Andrade¹; Guida Maria Santos²; Sara Gouveia¹

¹Centro de Saúde do Bom Jesus, ACES Madeira SESARAM;

²Centro de Saúde do Caniço, ACES Madeira SESARAM

Introdução: O conceito de burnout diz respeito ao estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional. Cada vez mais se reconhece o burnout médico como sendo um fator que não afeta apenas a saúde do médico, mas também os pacientes sob os seus cuidados. Já vários estudos demonstraram que o burnout causa uma deterioração na qualidade dos cuidados/serviços prestados pelas equipas de saúde. Além do mais, parece também relacionar-se com o aumento do uso de álcool e drogas, exaustão física, problemas conjugais e familiares.

Objetivos: Revisão dos principais fatores que contribuem para o burnout entre os profissionais de saúde em contexto de pandemia.

Material e métodos: Revisão clássica com recurso à pesquisa nas bases de dados científicas (*Pubmed*, *UpToDate*), livros e revistas em inglês e português, com os termos MeSH: “COVID-19”, “burnout”, “physician”.

Resultados e conclusões: Há uma variedade de fatores que potencialmente contribuem para o burnout durante a pandemia COVID-19. Pelo facto desta pandemia ainda estar a decorrer ainda faltam evidências de fatores comprovados que concorrem para esta problemática. Dos fatores mais destacados inclui-se o local de trabalho, contudo os resultados não são claros, alguns estudos revelam maiores taxas de burnout em profissionais que não estavam na linha da frente versus profissionais que trabalhavam na linha da frente (p.e. enfermarias com doentes positivos), o que se pensa estar relacionado com o facto dos profissionais da linha de frente poderem ter sentido uma maior sensação de controlo da situação, por estarem mais habituados a lidar com a incerteza; outros estudos revelaram resultados opostos, o que alguns autores pressupõem relacionar-se com o facto dos profissionais que não estão na linha da frente terem estado a realizar trabalho remoto. No entanto, deve ter-se em consideração que há uma prevalência significativa de burnout em geral entre os médicos em comparação com os tempos não-COVID.

Quando se trata do género mais afetado existem também poucos estudos, parecendo haver maior prevalência nas mulheres. Também se verificou maior prevalência entre médicos internos solteiros. A privação do sono, já conhecida como um fator de risco para burnout, é também apontada como uma das causas, visto os profissionais terem

maior carga de trabalho nesta fase. Os antecedentes de depressão e ansiedade contribuem também para o aumento do risco de burnout.

O principal foco durante a pandemia foi essencialmente compreender a melhor forma de abordagem de acordo com a apresentação clínica, conter e prevenir a sua propagação. Embora se tratem de questões importantes do ponto de vista de gestão da pandemia, as necessidades dos profissionais devem também ser prontamente abordadas.

Os estudos demonstram que o reforço das seguintes estratégias contribuem para o combate a este problema, tais como: criação de oportunidades de treino para se sintam mais preparados, possibilidade de conversar com especialistas, gestão de emoções e autocuidado, englobando descanso, pausas no trabalho, sono, trabalho em turnos e comportamentos de estilo de vida saudáveis, criação de uma rede de apoio, envolvendo transporte e alojamento, e incluindo a família (como disponibilização de creches).

Devem ser implementados programas específicos de prevenção de burnout para médicos em início de carreira, como estratégias de coping para médicos internos.

O burnout entre os médicos é uma questão importante pois além do impacto na vida pessoal do mesmo, tem igual impacto na eficácia da assistência ao doente, na sua família e na sociedade. A atual pandemia trouxe consigo formas de trabalho às quais os médicos precisam de se adaptar e desenvolver estratégias de prevenção do burnout são essenciais na prática clínica diária.

São necessários mais estudos a longo prazo para fornecer uma avaliação abrangente do impacto da pandemia COVID-19, e avaliá-lo ainda mais como uma causa contribuinte para o burnout.

PD 162

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS: UM DESAFIO PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA

Svitlana Kachan¹; Filipa Santos¹; Natalia Lazanovska¹

¹UCSP Vila Velha de Ródão

Introdução: Síndrome das pernas inquietas (SPI) é uma doença neurológica crónica caracterizada pela necessidade irresistível de mover as pernas, braços e, com menos frequência, outras partes do corpo, geralmente acompanhada de parestesias, frequentemente dificultado o adormecer e/ou causando despertares noturnos repetidos.

Objetivos: Atualizar conhecimentos sobre sintomatologia, diagnóstico e tratamento correto desta doença devido aos seus sintomas inespecíficos.

Material e métodos: Fizemos pesquisa bibliográfica avançada no site de *Pubmed*, utilizando as palavras “restlegs

AND legs" em inglês e português, que dispõem o texto na sua totalidade e em livre acesso. Utilizamos revisão e revisão sistemática dos últimos 5 anos e obtivemos 147 resultados, dos quais escolhemos 5 revisões que abordam o tema em causa.

Resultados e conclusão: O diagnóstico é clínico mas se há suspeita de distúrbio dos Movimentos periódicos dos membros (DMPM), a doença pode ser confirmada através de realização de Polissonografia com electromiografia .O tratamento de primeira linha é o uso dopaminérgicos ou enacarbil gabapentina, ambos os quais são eficazes. Abstinência de álcool, bebidas com cafeína, higiene adequada do sono, exercícios físicos devem ser aconselhados aos doentes.

Na última década ocorreram grandes avanços na etiologia, diagnóstico e gestão de SPI, mas os doentes continuam sofrer de diagnóstico errado e várias referências desnecessárias. Através de avanços nos critérios de diagnóstico, estratégias de tratamento, e diretrizes atualizadas, os médicos de cuidados primários têm mais recursos para diagnosticar e gerir os doentes com a SPI. O futuro na terapia farmacêutica depende de investigação contínua nessa área para melhorar qualidade de vida dos doentes.

PD 164

TESTAMENTO VITAL: O QUE SABEM OS NOSSOS UTENTES?

Ana Catarina Esteves¹; Gonçalo Botelho¹; Ana Sofia Nina²; Jorge Carteiro³

¹USF Conde Oeiras; ²USF Dafundo; ³USF Oeiras

Introdução e Objetivos: O testamento vital (TV) corresponde a um documento no qual é manifestada antecipadamente a vontade consciente, livre e esclarecida do utente perante os cuidados de saúde que deseja ou não receber, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. A literatura internacional refere que a maioria das pessoas não conhece ou não está devidamente esclarecida acerca deste recurso e que provavelmente por isso não o utiliza. O médico de família (MF) pela sua proximidade de cuidados, tem um papel importante na divulgação desta informação e no esclarecimento de dúvidas que daí possam advir. Os objetivos deste projeto consistem em avaliar o conhecimento dos utentes sobre o TV, o papel do MF e promover sessões educativas.

Metodologia: A equipa de investigação desenvolveu um questionário, que depois de validado, foi entregue, através do secretariado, aos utentes com mais de 45 anos com interesse em participar. Ainda, poderiam autorizar um futuro contacto para uma sessão educativa sobre testamento vital.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da ARSL-VT. Devido à pandemia e à limitação do contacto presencial realizou-se um projeto piloto, durante o mês de janeiro 2021, para avaliar a exequibilidade do projeto. A análise estatística descritiva das respostas foi realizada através do programa Jamovi®.

Resultados: Dos 28 utentes que responderam ao questionário, 21 são do sexo feminino e 17 têm entre 45 e 64 anos. A maioria é casada e com grau de escolaridade a licenciatura. Dos 18 que já ouviram falar do TV, 17 sabem no que consiste, contudo ainda ninguém o tinha preenchido e apenas 9 revelam esse interesse. 11 utentes consideram que a sua realização poderá ser feita em qualquer fase da vida. 6 justificam o não preenchimento do TV à data, pois consideram não ter informação suficiente para o preencher e 5 por julgarem que ainda não chegou o momento adequado. 12 consideram a colaboração do médico importante e 4 obrigatória. 11 dos inquiridos mostraram interesse em participar na sessão educativa.

Discussão: A maioria dos utentes já ouviu falar do TV e conhece a sua finalidade, contudo ninguém ainda o tinha preenchido, apesar de haver interesse para tal. Alguns referem não ter informação suficiente para o seu preenchimento, outros consideram não ter chegado ainda o momento adequado. Consideram ainda a participação do médico importante daí a necessidade de o médico estar atualizado relativamente a este tópico. Vários têm interesse em preencher o TV. As sessões educativas serão realizadas pós pandemia, em condições de segurança. O projeto-piloto constatou que a restrição do contacto presencial dificulta a exequibilidade do projeto em tempo útil e que a entrega dos mesmos pode sofrer um viés de seleção mais evidente, se feita pelo secretariado clínico. Assim, é necessária uma revisão metodológica do projeto, com uma nova fase de aplicação de questionários e comparação de resultados, em contexto preferencialmente não pandémico.

PD 165

EAM OU DEPRESSÃO??

Paula Teresa Ferreira Leite de Freitas¹

¹USF Moreira de Cónegos

Enquadramento: A DCV e a depressão são atualmente as maiores causas de incapacidade no mundo. Diversas publicações, nomeadamente da American Heart Association e a European Society of Cardiology, tem evidenciado a ligação entre a síndrome depressiva e o enfarte agudo do miocárdio. A depressão pode ser um fator prognóstico modificável para doença cardíaca coronária, ainda que por processos não totalmente esclarecidos. Pacientes com DCV apresen-

tam mais depressão do que a população em geral. Pessoas com depressão são mais propensas a desenvolver DCV e também têm uma taxa de mortalidade mais alta do que a população em geral. Existem vários mecanismos que são biologicamente plausíveis para a associação depressão/EAM como alterações no sistema nervoso autônomo, na função plaquetária e fatores da coagulação, citocinas pró-inflamatórias, na função endotelial, e ligações genéticas, como com o mecanismo do transportador de serotonina.

Descrição do caso: Doente de 82 anos, autônomo, bom estado geral, com antecedentes pessoais de gastrite crônica não medicada e hipertensão (parou com a medicação há 1 mês após falecimento da esposa). Doente assintomático do foro cardiovascular até há 2 dias quando teve 2 episódios de aperto retroesternal que relaciona com períodos de maior emoção e choro compulsivo, que cederam com o repouso e controlo emocional. Refere períodos de tristeza intensa, sentimento de abandono e falta de interesse na vida e no futuro desde a perda da companheira. Hoje por volta das 03h00 em repouso episódio de dor mais intensa, constante e com irradiação para os membros superiores, sensação de bola na garganta, se se movimentava para cima e para baixo, sic., motivo pelo qual recorreu à consulta aberta da USF. Pelas queixas persistentes, pelos antecedentes e apesar de parecer ser um quadro reativo, pela manutenção da dor, foi envidado ao serviço de urgência onde foi avaliado e solicitado exames complementares de diagnóstico. O ECG mostrou infradesnivelamentos do segmento ST com cerca de 2 mm V1-V2 DI,AVF,DIII. Após o resultado do estudo analítico com subida de de biomarcadores, foi solicitada a colaboração de Cardiologia que mediante os resultados e por manutenção de dor torácica de carácter residual, optou pelo internamento para tratamento, vigilância e estratificação de risco. Foi submetido a cateterismo cardíaco revelou presença de cálcio na árvore coronária, artéria descendente anterior com estenose 50% proximal e estenose 50% 1/3 médio e artéria circunflexa (CX) com estenose 95% proximal. Fez Angioplastia da CX com colocação direta de stent revestido com Zotarolimus, com sucesso sem lesão residual. À data de alta apresentava um ECG (Alta): Ritmo Sinusal, FC 75 bpm, alterações da repolarização ventricular com onda T invertida em DI, AVL e V4-V6 e um ecocardiograma TT: Dilatação ligeira da AE. SIV ligeiramente espessado. FSVE ligeiramente comprometida com hipocinésia dos segmentos medio-basais das paredes inferior e inferolateral e segmento basal da parede lateral. Teve alta com a seguinte terapêutica: Clopidogrel 75mg id; AAS 100mg id; Rosuvastatina 10mg id; Carvedilol 6.25mg meio comp de 12h/12h; Ramipril 2.5mg id; Pantoprazol

20mg id e com indicação para fazer dieta sem sal.

Discussão: Tanto o EAM como a depressão se podem manifestar por um “aperto no peito”, o que pode induzir em erros de diagnóstico principalmente quando num utente com fatores de risco cardiovasculares conhecidos e com uma situação de perda de ente querido que ajuda a confundir as duas situações. É importante estar alerta para a mudança das características da dor e nos sintomas acompanhantes, fazer uma boa historia clínica e na dúvida enviar ao serviço de urgência para descartar patologia cardiovascular grave. A associação entre estas duas patologias ainda que não totalmente determinada por ser importante na sua vigilância e tratamento.

PD 166

CASO CLÍNICO DE QUANDO O CONFINAMENTO RESOLVEU O DEDO EM GATILHO DE UM CASAL PRATICANTE DE PADEL

Rui Ferraz¹; Melina Loureiro²

¹USF Tondela; ²Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: Um casal de 30 anos, ambos de raça caucasiana, pouco frequentadores de consultas dos cuidados de saúde primários, sem antecedentes pessoais de relevo e com atividade laboral de secretariado e informática, apresenta-se na consulta com queixas de dificuldade em mobilizar um dedo na mão direita (dominante), nomeadamente de realizar extensão, desde há cerca de 1 mês. O homem refere que o dedo afectado é o 4º dedo e a mulher o 5º dedo. Ambos referem predomínio das queixas ao acordar, com melhoria progressiva ao longo do dia e ainda dor na articulação metacarpo-falângica, freezing da articulação metacarpofalângica em posição de flexão, necessidade de por vezes realizar extensão passiva do dedo e sensação de tumefacção na articulação. Sem outros sinais inflamatórios das mãos, febre, dor noutras articulações ou alterações muco-cutâneas. Negam traumatismo, mas referem que recentemente (há cerca de 4 meses) iniciaram a prática de Padel - desporto de raquete que manuseiam com a mão afetada.

Descrição: Ao exame físico, o homem apresenta ligeira tumefacção na face palmar da articulação metacarpo-falângica, com freezing da 4ª articulação metacarpo-falângica da mão direita, com dor ao esforço de extensão, por vezes com necessidade de realizar extensão passiva. A mulher, apresenta dificuldade de mobilizar o 5º dedo da mão direita por freezing da articulação metacarpo-falângica, sem tumefacção palpável na altura. Foram pedidas análises ao sangue para excluir diabetes mellitus e artrite reumatóide (sem alterações) e foi pedida ecografia de partes moles à

articulação afetada que demonstrou tenossinovite estenosante do flexor dos dedos afetados, a condicionar dedo em gatilho. Foi recomendada, cessação da prática desportiva, massagem do local com anti-inflamatório tópico, gelo ativo e anti-inflamatório oral durante 5 dias.

O casal foi reavaliado cerca de 1 mês depois. Referem que cumpriram as indicações fornecidas, à parte da cessação da prática de Padel, mas apesar de uma noção de melhoria ligeira, mantêm as queixas acima descritas. Foi reiterada a necessidade de avaliar a abstinência de atividade física com raquete na evolução do quadro e explicado que se as queixas continuassem, poderiam ter que ponderar a necessidade de infiltração ou cirurgia para libertar o tendão.

Pouco depois da avaliação, o 2º confinamento devido à pandemia COVID-19 começou em Portugal, com o encerramento dos pavilhões para a prática de Padel. Na 3ª consulta de seguimento, após o confinamento, o casal refere que com a cessação forçada da prática desportiva, as queixas foram melhorando progressivamente, sem necessidade de medicação, estando na altura completamente resolvidas. Já teriam retomado os jogos de Padel, sem queixas até à altura.

Conclusão: O dedo em gatilho, ou tenossinovite estenosante do flexor dos dedos não infecciosa, é uma doença aparentemente associada a artrite reumatóide, diabetes mellitus ou doenças com deposição de de material amilóide, que não se verificam neste caso, mas que pode estar associado a movimentos repetidos ou sobreuso das mãos. Neste caso, a prática de uma nova atividade física com flexão repetida dos dedos, e a vibração da raquete após impacto com a bola parecem ter sido os desencadeantes da sintomatologia. No caso deste casal, a crioterapia ativa e os anti-inflamatórios instituídos por via tópica e oral, não foram suficientes para a abortar os sintomas, quando não associado à cessação da atividade. Com o confinamento e a abstinência forçada do desporto em causa, a sintomatologia desapareceu e não foram necessárias intervenções mais invasivas.

PD 167

PODERIA UMA COLHEITA DA HISTÓRIA CLÍNICA EFICAZ TER FEITO A DIFERENÇA?

Fani Veiga¹; Márcia Gonçalves²

¹USF Pelaez Carones; ²USF d'as Terras de Lanhoso

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade em Portugal. O enfarte agudo do miocárdio em idade jovem, é definido, segundo a American Heart Association, por um evento isquémico cardíaco nos homens antes dos 55 anos e em mulheres, antes dos 65 anos de idade.

Assim, trazemos o caso de um homem de 42 anos, professor de educação física, com antecedentes de dislipidemia medicada, não controlada, e valores tensionais compatíveis com estadios de pré-hipertensão arterial, não medicado. Fumador de 6 UMA.

Teve episódio com duração de 4 dias de dor pré-cordial com irradiação para o MSE, que agravava com o esforço e aliviava com o repouso, associada a astenia marcada e sensação de taquicardia frequente. Recorreu a cardiologista em consultório privado onde foi pedido eletrocardiograma, ecocardiograma e prova de esforço, tendo sido medicado com ácido acetilsalicílico. Após 2 semanas é marcada consulta nos cuidados de saúde primários, à qual se encontrava assintomático e com exame objetivo sem alterações, no entanto, apresentava um eletrocardiograma com alterações sugestivas de cardiopatia isquémica. Durante a colheita da história clínica completa verifica-se a existência de antecedentes familiares de 1º grau com EAM em idade jovem, nomeadamente o pai com 44 anos de idade. É referenciado para consulta de cardiologia hospitalar onde realiza RMN cardíaca que identifica dilatação biauricular e ventricular esquerda com função ventricular no limite inferior e cicatriz de enfarte transmural da parede inferior. Realiza coronariografia que comprova a existência de estenose de 40-50% do segmento distal da artéria circunflexa e oclusão crónica curta do segmento médio da artéria coronária direita. Opta-se por protelar a reperusão coronária e fazer controlo intensivo dos fatores de risco cardiovasculares. É medicado com estatina, beta-bloqueador e IECA e incentivado à cessação tabágica. Atualmente assintomático e em seguimento pela consulta de cardiologia hospitalar.

Apesar da baixa incidência do EAM em idade jovem, o seu grande potencial de impacto na qualidade de vida e na capacidade de trabalho destes doentes pode ter uma importante repercussão socioeconómica e psicológica. Os principais fatores de risco desta entidade nosológica são facilmente identificáveis com uma correta colheita da história clínica. Desta forma, o Médico de Família tem um papel importante na identificação atempada de indivíduos de risco, e respetivo controlo eficaz dos fatores de risco modificáveis, de forma a prevenir o desenvolvimento e/ou progressão da doença cardiovascular precoce e contribuir para menores gastos em saúde e maior qualidade de vida.

PD 168

A CINTIGRAFIA DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO NO DIAGNÓSTICO DE GASTROPARÉSIA DIABÉTICA

José Pedro Carvalho¹; Andreia Marques¹; Fernando Abreu¹; Sophia Pintão¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A gastroparésia diabética constitui uma das principais complicações da diabetes mellitus (DM) tipo 1 e 2, e consiste num atraso persistente do esvaziamento gástrico, na ausência de obstrução mecânica. Reporta-se o caso clínico de uma doente com antecedentes de DM, no qual foi pedida a realização de uma cintigrafia de esvaziamento gástrico por suspeita de gastroparésia.

Descrição: Doente do sexo feminino, de 50 anos de idade, com antecedentes pessoais de DM tipo 1 com mau controlo metabólico, e doença renal crónica de estadio 5 por nefropatia diabética. Foi internada por hipoglicémia com alteração do estado de consciência, tendo-se apurado história recente de vômitos frequentes. Dada a suspeita de gastroparésia diabética foi realizada uma cintigrafia de esvaziamento gástrico com ácido dietilenotriaminopentacético marcado com tecnécio 99 meta-estável (99mTc-DTPA). Verificou-se a presença de retenção gástrica do radiofármaco de 50% às 2 horas e 27% às 4 horas, predominantemente no fundo gástrico, achados estes consistentes com a hipótese diagnóstica colocada. Adicionalmente, notou-se a presença de radiofármaco em topografia esofágica no final do estudo, traduzindo refluxo gastro-esofágico. Na sequência do exame, iniciou terapêutica com domperidona e pantoprazol, com resolução do quadro emético.

Conclusão: A apresentação clínica de gastroparésia diabética sobrepõe-se a múltiplas outras patologias que dificultam o diagnóstico diferencial, sendo os sintomas mais comuns náuseas, vômitos e distensão abdominal. A cintigrafia de esvaziamento gástrico é considerada o gold standard para o diagnóstico de gastroparésia, sendo que uma retenção gástrica do radiofármaco superior a 60% às 2 horas ou superior a 10% às 4 horas após a refeição é considerado patológico. A abordagem terapêutica baseia-se essencialmente no controlo sintomático, modificação dietética, controlo glicémico adequado e agentes pró-cinéticos. Concluindo, a cintigrafia de esvaziamento gástrico é um importante exame a considerar na suspeita de gastroparésia, nomeadamente na população diabética.

PD 169

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, À PROCURA DA CAUSA – UM CASO CLÍNICO

Bárbara Francisca da Cunha Junqueira¹; Carlos Manuel Caeiro Mestre¹

¹USF Cartaxo Terra Viva

Introdução: Cerca de 66% da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (IC-FER) deve-se a Doença Arterial Coronária (DAC). No entanto, existem outras causas, nomeadamente a doença cardíaca valvular, cardiomiopatia dilatada, hipertensão sistémica, doenças infiltrativas, causas infecciosas, miocardite não infecciosa, arritmias, causas genéticas ou anomalias metabólicas.

Discussão: Homem de 62 anos, reformado, autónomo. Tem como antecedentes pessoais Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial, dislipidemia, litíase biliar e pancreatite litíásica, ex-fumador (desde há 10 anos). Medicado habitualmente com metformina + dapaglifozina 1000+5mg; atorvastatina + perindopril + amlodipina, 20+5+5mg. Em maio de 2021 o doente inicia um quadro progressivo de astenia, anorexia, perda ponderal, insónia e desorientação. A 19/05/2021 recorre ao Centro de Saúde, apresentando ao exame objetivo palidez, icterícia, polipneia, taquicardia, agravamento do sopro sistólico já conhecido, ligeiros ferros na base esquerda e aumento do volume abdominal, tendo sido referenciado para o Serviço de Urgência. Do estudo analítico realizado destaca-se leucocitose com neutrofilia, PCR 7,73 mg/dL, alteração das provas hepáticas com padrão colestativo, INR 1.89, NT-proBNP 3078pg/mL e, na ecografia abdominal, derrame pleural à direita, ligeira ascite de predomínio peri-hepato-esplénico e proeminência das veias supra-hepáticas. Neste contexto, opta-se pelo internamento.

Durante o internamento, realizou ecocardiograma que revelou um ventrículo esquerdo (VE) dilatado com FEVE 28% por hipocinésia global, doença valvular aórtica degenerativa com estenose de baixo fluxo/baixo gradiente e insuficiência moderada, e insuficiência mitral moderada a grave por dilatação ventricular e restrição do folheto posterior. Realizou também cateterismo cardíaco com dominância direita e coronárias sem lesões. No ecocardiograma de sobrecarga observou-se um aumento da área valvular aórtica com o aumento de débito cardíaco e presença de reserva contráctil. Durante o internamento, o doente manteve períodos de desorientação no tempo e no espaço. Nesse contexto, e por suspeita de encefalite, foram pedidos TC crânio-encefálico que não revelou alterações; análise de LCR: “sem proteinorráquia ou anomalias na glicorráquia e presença de 13 células com predomínio de linfócitos”, tendo cumprido tra-

tamento com Aciclovir e Ceftriaxone.

Tem alta a 08/06/2021 medicado com metformina + dapagliflozina 1000 + 5mg, ramipril 1,25mg, bisoprolol 2,5mg, espirolactona 25mg, furosemida 40mg e atorvastatina 20mg.

O doente manteve seguimento nos Cuidados de Saúde Primários e em consulta externa de Cardiologia e Medicina Interna, tendo repetido NT-proBNP (658 pg/mL) e ecocardiograma que revelou redução da dimensão do VE com melhoria da FEVE (37%). Realizou também RMN cardíaca tendo-se observado paredes de menor espessura e realce tardio subendocárdico nos segmentos médio e basal da parede lateral, compatível com enfarte prévio, com sinais de viabilidade.

O doente realizou ainda electroencefalograma que demonstrou disfunção temporal esquerda sugestiva de encefalite e RMN cranioencefálica que revelou pequenos focos isquémicos sem tradução na difusão e sem ganho de sinal após gadolínio.

Conclusão: Neste caso, o facto de se verificar um realce tardio subendocárdico na RMN cardíaca, aponta-nos para um enfarte isquémico como causa mais provável desta IC. Na ausência de obstrução coronária, possíveis causas deste enfarte seriam disseção ou espasmo da artéria coronária ou a rotura de placa aterosclerótica, o que seria provável tendo em conta os antecedentes pessoais deste doente. A causa valvular foi descartada uma vez um aumento da área valvular no ecocardiograma de sobrecarga nos sugere um agravamento da valvulopatia pela IC. Apesar da aparente encefalite vírica concomitante, os exames de imagem não revelaram alterações compatíveis com miocardite ou endocardite, excluindo-se assim uma causa infecciosa.

PD 170

DIABETES EM TEMPO DE PANDEMIA: UM CASO DE SUCESSO

Maria João Moura¹; Marta Sousa Tavares¹; Ana Sofia Rijo¹
¹USF Terras do Antuã

Introdução: O primeiro caso confirmado de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 em território português aconteceu no dia 2 de março de 2020. Durante o primeiro ano de pandemia verificaram-se menos 46 % de consultas médicas presenciais nos centros de saúde. Muitas patologias foram afetadas pela pressão exercida pela pandemia no sistema de saúde, sendo a diabetes mellitus um dos exemplos, apresentando, durante esse período de tempo, uma queda do índice de acompanhamento de 28 %.

Relata-se o caso de uma doente com diabetes que iniciou o acompanhamento com a sua médica de família em plena

pandemia e em que a consulta à distância trouxe benefícios inesperados.

Descrição: Mulher, 67 anos, mas com idade aparente superior à idade real.

Pertencente a família alargada, a residir com o filho, com a nora e com o neto.

Antecedentes pessoais de consumo alcoólico excessivo e síndrome metabólica, com perímetro abdominal de 105 cm, hipertensão arterial medicada com perindopril + amlodipina 5 mg + 5 mg id, dislipidemia a realizar terapêutica com pitavastatina 4 mg id e diabetes mellitus tipo 2 com diagnóstico em 2009. Nesse ano teve um acidente vascular cerebral isquémico fronto-temporo-parietal esquerdo, com consequente hemiparesia direita.

Recorreu à consulta de Diabetes da sua Médica de Família, acompanhada pela nora, após ter tido alta da consulta de Medicina Interna por má adesão à terapêutica. Não cumpria o plano dietético, não fazia pesquisa das glicemias capilares, referia que só fazia o que queria. Apresentava HbA1c de 12,7 %, encontrando-se medicada com insulina glargina 45 UI id e linagliptina 5 mg id, taxa de filtração glomerular (TFG) de 29 mL/min/1,73m² e triglicéridos de 601 mg/dL, tendo suspenso a terapêutica com fenofibrato por nefrotoxicidade.

A imprudência da doente gerou clima de conflito e disfuncionalidade na família. A médica adotou uma abordagem centrada na pessoa e incentivou o envolvimento da família no plano terapêutico. Suspendeu o tratamento com linagliptina, substituiu a insulina glargina por insulina aspártico e medicou com exenatido 2 mg/0,85 ml 1 vez por semana. Estabeleceu um compromisso com a nora para que esta enviasse por e-mail os registos das glicemias capilares, a cada 1 a 2 semanas, e, fazendo uso da teleconsulta, ajustar-se-ia a dose de insulina a administrar.

A nora mostrou-se motivada, mas a doente reticente. Durante alguns meses a nora enviou os registos e a médica fez o respetivo ajuste terapêutico. Progressivamente observou-se uma melhoria dos valores analíticos, que se traduziu num sentimento de concretização para a doente e para os seus familiares. Seis meses depois da primeira consulta, a doente apresentava um valor de HbA1c de 7,5 % e uma TFG de 39,9 mL/min/1,73m². Também os triglicéridos tinham sofrido uma diminuição significativa, apresentando um valor de 176 mg/dL. Sentia-se bem, falava em maior harmonia familiar e estava empenhada em manter o bom controlo terapêutico.

Conclusão: A pandemia de COVID-19 trouxe muitos desafios para os cuidados de saúde. Numa fase inicial, privilegiaram-se as consultas não presenciais, com o intuito de

limitar os contactos entre doentes e profissionais de saúde e, conseqüentemente, a propagação da doença.

Relativamente à doente apresentada no caso clínico, a teleconsulta revelou-se uma vantajosa estratégia terapêutica. O compromisso com a medição das glicemias e seu periódico envio promoveu o empowerment da doente e fortaleceu o apoio familiar.

Estabeleceu-se uma comunicação médico-doente efetiva que, associada aos bons resultados analíticos, reforçou a aliança terapêutica.

O melhor controlo da doença teve um impacto positivo na família, que recuperou a sua funcionalidade e bem-estar.

PD 171

PILOMATRIXOMA: UM “BAGO DE ARROZ” SOB A PELE

Patrícia Alexandra Duarte Mendes¹; Joana Sequeira¹; Gabriela Rodrigues¹; Ângela Faustino Francisco¹

¹USF Martingil

Enquadramento: Na prática clínica de um médico de Medicina Geral e Familiar é frequente o surgimento, em consulta, de queixas inespecíficas e achados benignos sem impacto no quotidiano mas que são motivo de preocupação para os utentes. Os problemas relacionados com a pele e tecido celular subcutâneo são maioritariamente benignos e de diagnóstico clínico, sendo a sua orientação muitas vezes passível de ser feita pelo médico de família. O pilomatrixoma, também conhecido como epitelioma calcificante de Malherbe, é um tumor benigno superficial da pele, que cresce das células do folículo capilar.

Descrição do caso: M.C.R. 6 anos, sexo feminino, incluída numa família nuclear na fase IV ciclo de Duvall. Sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual e sem alergias conhecidas. Recorreu em Dezembro de 2021 a uma consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil referindo aparecimento de massa no antebraço direito, desde há cerca de 1 ano, tipo “bago de arroz”, com noção de ligeiro crescimento e que é dolorosa quando se mexe ou aperta. Sem queixas de outras massas no corpo ou história familiar semelhantes. Sem outras queixas na anamnese. Ao exame objetivo, palpa-se massa no antebraço direito, ligeiramente dolorosa, de consistência dura, ovalada, móvel, com cerca de 1 cm de maior diâmetro, sugestiva de “corpo estranho”. Sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Foi pedida ecografia de partes moles que apresentou: “formação ovalada em íntima relação com os tegumentos cutâneos e na espessura do tecido celular subcutâneo, medindo cerca de 8.0 x 5.3 x 4.0 mm, hiperreflectiva, com forte atenuação posterior, sendo sugestiva de pilomatrixoma”. A criança foi referenciada para a consulta de Dermatologia para excisão da massa.

Discussão: O pilomatrixoma surge mais frequentemente em crianças nas duas primeiras décadas de vida. Normalmente surge como um nódulo solitário, firme e móvel, que apresenta um crescimento lento ao longo de meses a anos. A localização mais observada é a cabeça e pescoço, no entanto também se observa noutras partes do corpo como os membros superiores e inferiores. O diagnóstico é, normalmente, clínico quando é observada a apresentação típica e quando o médico apresenta experiência na sua observação, podendo recorrer-se a métodos de imagem como a ecografia para corroborar a hipótese diagnóstica. Pode também ser feito diagnóstico histológico quando existe uma apresentação atípica ou dúvida diagnóstica. A sua regressão espontânea é rara, pelo que o tratamento, quando sintomático, passa pela remoção cirúrgica completa, podendo, caso a remoção seja incompleta haver recorrência. O Médico de Família tem, nestas situações, um papel importante na tranquilização das crianças e dos pais, explicando a benignidade dos achados e esclarecendo as dúvidas existentes.

PD 172

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE – UM CASO DE SUCESSO

Catarina Vilas Boas Gonçalves¹; Nuno Figueiras Alves¹; Mariana Oliveira²

¹USF Vale do Âncora; ²Serviço de Nutrição e Alimentação da ULSAM

Introdução: A Obesidade é uma doença crónica, complexa e multifatorial que apresenta elevado impacto ao nível da morbi-mortalidade, da qualidade de vida e económico. A sua elevada prevalência em Portugal e no Mundo, torna-a num importante problema de Saúde Pública, tendo sido classificada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia global do século XXI. A alteração de comportamentos é um processo complexo que requer uma intervenção adequada. Para o tratamento da Obesidade, é assim importante intervir a vários níveis - nutrição, psicologia, atividade física e terapêutica farmacológica. Ao nível dos cuidados de saúde primários, o modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável deve ser considerado uma medida preventiva e terapêutica a contemplar nas consultas, a par da referenciação para cuidados especializados de Nutrição, sempre que adequado. Este aconselhamento poderá resultar numa melhoria significativa ao nível do controlo do peso e fatores metabólicos. No que diz respeito à terapêutica farmacológica da Diabetes, está indicado o uso de iSGLT2 e/ou aGLP1 quando é pretendida ação adicional no controlo de peso.

Descrição: É abordado o caso de um utente com 77 anos,

com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 medicada com metformina à qual apresentava intolerância gastrointestinal, com HbA1c fora do alvo, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono a realizar CPAP, limitação funcional do membro inferior sequelar a neurocirurgia, Obesidade grau II, com IMC de 38,9kg/m², e consumo etílico de 378g/semana. Foi realizada uma intervenção multidisciplinar e multifatorial, que incluiu intervenção breve para a alimentação saudável, aconselhamento de redução de consumo etílico, juntamente com revisão da terapêutica farmacológica da diabetes, com introdução de iSGLT2 e referenciação para consulta de Nutrição na USF. O utente foi também incluído num projeto piloto de intervenção sobre estilos de vida saudáveis, com sessões multidisciplinares em grupo, realizado pela USF. Num período de 3 meses, o utente adotou uma dieta mais saudável, com cessação do consumo etílico, associada a início da prática de exercício físico, e cumprimento da nova terapêutica farmacológica, apresentando uma perda de cerca de 11% do seu peso inicial, passando assim a Obesidade Grau I, com controlo das queixas GI, do perfil tensional e dos valores de glicemia, resultando ainda numa diminuição do cansaço e numa melhoria global da sua capacidade funcional.

Conclusão: Este caso reforça a importância de uma intervenção multifatorial e multidisciplinar para o tratamento da Obesidade e para a alteração do estilo de vida. Através da intervenção conjunta ao nível da dieta, dos consumos, do exercício físico e do ajuste da terapêutica farmacológica, partindo de uma abordagem orientada pelo modelo de intervenção breve para a alimentação saudável, a par do apoio especializado em Nutrição e da participação num projeto de intervenção sobre estilos de vida saudáveis, foi possível uma perda de peso superior a 10%, com benefícios na qualidade de vida do utente, e no controlo metabólico e dos fatores de risco cardiovasculares. Apesar da importância do apoio por psicologia, neste caso, não foi considerada a referenciação, dado o elevado nível de motivação do utente para a mudança, o apoio prestado por toda a equipa e a participação no projeto piloto que incluiu formação por uma psicóloga. Com este caso, o investimento na aplicação deste tipo de modelos de intervenção, ainda que breve, nas consultas nos cuidados de saúde primários, confirmou ser vantajoso ao nível preventivo e terapêutico, conferindo maior qualidade aos cuidados de saúde prestados.

PD 173

SILDENAFIL E AS MIL E UMA NOITES... DE TRABALHO!

Alexandra Ramos Rodrigues¹; Carlos Pedro Mendes¹;
Delfim Teixeira¹; Rui Lobo¹; Soraia Osório¹

¹USF João Semana

Introdução: A disfunção erétil (DE) consiste na “incapacidade persistente ou recorrente para alcançar e/ou manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória”. Em Portugal, estima-se que afete cerca de 13% dos homens e a sua prevalência aumenta com a idade. O tratamento farmacológico de primeira linha assenta nos inibidores da fosfodiesterase 5 (PDE5), que inibem esta enzima, impedindo-a de degradar o monofosfato de guanosina cíclico. Em resposta ao estímulo sexual, esta substância mantém-se ativa, promovendo relaxamento muscular dos corpos cavernosos, aumentando o fluxo sanguíneo. Além de estar presente nos músculos, há estudos que indicam que esta enzima pode ser encontrada no tecido cerebral.

Descrição: Homem de 50 anos, com antecedentes pessoais de colite ulcerosa, medicado cronicamente com Mesalazina. Sem antecedentes familiares de relevo. Nega hábitos etílicos, tabágicos ou toxicómanos.

Recorre à consulta por não conseguir manter uma ereção satisfatória há cerca de 3 meses e por estar preocupado com a sua relação. Foi aplicado o questionário IIFE-5, no qual pontuou 9 (DE moderada). Foi feita uma anamnese dirigida, da qual se destaca o excessivo stress e ansiedade relacionados com a atividade laboral de grande responsabilidade e com necessidade de concentração elevada. Exame objetivo sem alterações relevantes. Assim, diagnosticou-se uma disfunção erétil secundária, de provável causa psicogénica. Foi feito aconselhamento de estilo de vida, com promoção de atividade física e, visto não haver contraindicações, foi iniciado o Sildenafil 50mg 1h antes da atividade sexual. Passado 4 semanas foi feito um contacto não presencial para aferir a resposta à terapêutica. Referiu alguma melhoria a nível sexual, contudo diz que o maior efeito foi na sua concentração e capacidade de trabalho, mantendo-se atento durante mais tempo nos dias em que fazia a medicação. Comparava à toma de Metilfenidato prescrito para o filho que, por vezes, usava para aumentar a capacidade de concentração no trabalho, dizendo ter sentido um rendimento muito superior. Neste contexto, para maximizar as melhorias descritas, foi alterada a terapêutica para Tadalafil 5mg diário. Atualmente está satisfeito com a situação, pelo que mantém a terapêutica.

Conclusão: A disfunção erétil tem um impacto significativo na qualidade de vida, sendo um dos motivos pelos quais a entrevista centrada na pessoa deve incluir a abordagem do

bem-estar sexual. É, por vezes, uma manifestação inicial de doença cardiovascular, podendo ser um alerta para intervenção precoce e atempada. Quando se inicia um tratamento farmacológico de novo, deve existir um momento de reavaliação programado para aferir a resposta terapêutica e possíveis efeitos adversos.

Apesar da escassez de investigação em humanos, há estudos que indicam que o mecanismo de ação destes fármacos poderá ser replicado no tecido cerebral, permitindo maior oxigenação e, possivelmente, melhorando as funções cognitivas.

PD 174

HALLUX RIGIDUS E AS IMPLICAÇÕES NO POSTO DE TRABALHO

Miguel Pereira¹; Diogo Abreu¹; Helena Alves¹; Laura Silva¹; Margarida Coelho¹; Domingos Estrela²; Romeu Pinho²; José Brenha²; Daniel Melo¹; Ana Paula Sardo¹; Fernando Mautempo¹

¹Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; ²Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: *Hallux Rigidus* é a segunda patologia ortopédica mais frequente do primeiro dedo do pé, a seguir ao *Hallux Valgus*. A definição *Hallux Rigidus* refere-se à restrição progressiva do movimento da primeira articulação metatarso-falângica. Pertence ao grupo das doenças degenerativas, sendo que a prevalência desta patologia aumenta com a idade e é superior no sexo feminino. A maioria dos casos apresenta atingimento bilateral e a etiologia é predominantemente idiopática, já que um atingimento unilateral transmite uma provável etiologia secundária. Ao exame objetivo, caracteriza-se principalmente por uma diminuição da amplitude do movimento de dorsiflexão da articulação metatarso-falângica do hálux, que geralmente se associa a queixas álgicas.

Descrição: 66 anos, sexo feminino, pasteleira. Apresenta quadro clínico com 10 anos de evolução, que se caracteriza por rigidez das articulações metatarso-falângicas dos háluxes bilateralmente (mais grave no pé esquerdo). Apresenta dor despertável pelo movimento ou pela simples digitopressão das articulações referidas. No exame físico, salienta-se ainda a presença de *Hallux Valgus*. A radiografia dos pés em carga apresenta alterações degenerativas das primeiras articulações metatarso-falângicas (mais significativas no pé esquerdo), tais como o estreitamento das interlinhas articulares e a osteofitose marginal. Os seus antecedentes médicos incluem perturbação depressiva major, hipertensão arterial e dislipidemia, controlados com a sua medicação habitual.

Conclusão: Para o diagnóstico do *Hallux Rigidus*, o exame objetivo é fundamental e pode ser complementado com exames de imagem, neste caso, a radiografia do pé. No exame radiográfico, é possível observar alterações artrósicas das articulações metatarso-falângicas do primeiro dedo do pé, que incluem a presença de osteófitos (principalmente na superfície dorsal), a diminuição da interlinha articular e a esclerose subcondral. O tratamento é maioritariamente conservador, com recurso a reorganização das atividades da vida diária, a reabilitação funcional, a implementação de calçado apropriado e ao controlo analgésico, nomeadamente com anti-inflamatórios não-esteroides. A abordagem cirúrgica está reservada aos casos refratários, sendo que a Artrode-se destas articulações é o procedimento *gold-standard*, se existir concomitantemente o diagnóstico de *Hallux Valgus*.

A limitação da locomoção e o cuidado acrescido para evitar o traumatismo destas articulações perturbam a execução das tarefas, subordinadas às funções executadas nos postos de trabalho dos indivíduos com este diagnóstico. A adaptação individual destes trabalhadores a esta patologia é fulcral para o desempenho das suas funções laborais com o máximo de bem-estar e segurança.

PD 175

SERÁ ENXAQUECA?

Vanessa Salvador Nunes¹; Carla Pereira Gomes¹; Elizabeth Pinto¹; Francisca Cardia¹; Joana Carvalho Antunes¹

¹USF Terras de Azurara

Introdução: A cefaleia é um sintoma que afeta pessoas de todas as idades a uma escala mundial. 1-2 Esta é uma das causas mais comuns de procura dos cuidados de saúde primários (CSP) e constitui um dos principais motivos de consulta do neurologista. 2 Estima-se que cerca de 50% dos adultos apresentaram pelo menos um episódio de cefaleia no último ano. 1 As cefaleias primárias constituem de longe o tipo mais representativo, sendo a cefaleia tipo tensão e a enxaqueca as mais frequentes, com uma prevalência de 63% e 15%, respetivamente. 3

Descrição: Jovem do género feminino, 28 anos, médica, inserida numa família unitária e independente para as atividades de vida diária. Com antecedentes pessoais apresentava antecedentes de enxaqueca e patologia depressiva estando medicada com um anticoncetivo oral combinado e escitalopram 10 mg. No decurso da sua atividade teve uma dor unilateral, pulsátil associada a náuseas que associou ao historial de enxaqueca tendo suspenso o trabalho, feito toma de AINE e realizando repouso em local escuro e silencioso. Duas horas após esta primeira intervenção a dor mantinha-se e tinha iniciado um quadro de tonturas

associado aos sintomas prévios. Como tal procedeu à toma de zolmitriptano 4 mg pela primeira vez mas sem melhoria do quadro. Dada a persistência de sintomas e o facto de se encontrar num Unidade de Saúde Familiar (USF) foi procurar ajuda de um colega tendo-lhe sido administrado acetilsalicílico de lisina 1000mg ev. Cerca de 20 minutos após a administração do fármaco inicia quadro de perda de força muscular e disartria o que motivou a chamada do 112 e posterior envio à Unidade Hospital mais próxima. Nesta Unidade Hospitalar foi atividade na triagem foi ativada a Via Verde de AVC. Foi encaminhada para a Sala de Emergência para avaliação inicial, monitorização e recolha de sangue. Posteriormente foi enviada para a Imagiologia para a Realização de AngioTAC e VenotAC que numa primeira avaliação se mostraram inocentes, mas ainda aguardavam o relatório de imagiologia.

Neste sentido foi pedida a colaboração de neurologia que observou a doente e que colocou com hipótese diagnóstica um possível efeito lateral à toma de zolmitriptano dado que seria a primeira vez que realizou a toma desta classe farmacológica.

Neste sentido foi medicada com Paracetamol EV, Hidroxizina e Metoclopramida. A doente recuperou completamente a sintomatologia descrita cerca de 4 horas após a entrada na Unidade Hospitalar. Os relatórios de ambos os exames imagiológicos e analíticos não mostraram alterações de relevo, tendo tido alta.

Conclusão: Os triptanos são um tratamento de eleição para a crise aguda de enxaqueca. No entanto, estão associados a ocorrência de efeitos laterais particularmente os relacionados com o sistema nervoso central. Uma vez que estes fármacos são amplamente utilizados na prática clínica dado a prevalência de enxaqueca é importante alertar para a possibilidade de eventuais efeitos adversos deste foro. E se os efeitos do sistema nervoso central forem uma preocupação relevante e for necessário o uso deste será mais indicado uso de triptanos com menor incidência destes efeitos laterais.

PD 176

LÍQUEN ESCLEROSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Teresa Abrantes Peres¹; Lisete Santos Lopes²;

Ana Rute Marques³

¹USF Travessa da Saúde; ²USF Parque Cidade; ³USF Moscavide

Introdução: O Líquen Escleroso (LE) é uma dermatose inflamatória crónica idiopática, que atinge principalmente a região anogenital, embora possa envolver qualquer área cutâneo-mucosa. Afeta principalmente mulheres, com dois

picos de incidência: pré-menarca e pós-menopausa. A sua etiologia permanece desconhecida, embora tenham sido identificados vários fatores associados, nomeadamente doenças autoimunes, fatores genéticos, alterações hormonais e agentes infecciosos. O LE manifesta-se, inicialmente, por pequenas pápulas eritematosas que coalescem originando placas eritematosas, evoluindo, numa fase mais avançada, para hipopigmentação e atrofia. O envolvimento da vulva e região perianal é comum, resultando numa distribuição típica em figura de oito. São frequentes focos de hiperqueratose, erosões e fissuras. Constituem sintomas comuns o prurido e a dor anogenital, a dispareunia e a disúria. O diagnóstico definitivo é feito com base no quadro clínico e resultado histológico. O tratamento de primeira linha consiste em corticosteróides tópicos de alta potência e em segunda linha, os inibidores de calcineurina tópicos. Como complicações, podem ocorrer sinéquias ou fusão entre os pequenos e os grandes lábios com consequente apagamento do clítoris, podendo levar à perda total dos pequenos lábios e estreitamento do intróito vaginal nos casos graves ou não tratados precocemente. O carcinoma espinocelular é a complicação mais grave, sendo o risco de malignização de 4 a 6%.

Descrição: Mulher, 62 anos, caucasiana, autónoma nas atividades de vida diária, casada, empregada doméstica em casas particulares. Antecedentes pessoais: asma, hipotireoidismo, dislipidémia, doença fibroquística da mama, síndrome depressivo e obstipação. Medicada com budesonida + formeterol 160ug/dose, montelucaste 10mg, levotiroxina 0,1 mg, sinvastatina 20mg, paroxetina 20mg e bromazepam 3mg. Sem hábitos tabágicos, etanólicos ou toxifílicos. Recorreu a consulta de doença aguda por queixas com 2 semanas de evolução, de dor na região perianal ao urinar e defecar que associou a obstipação, tendo aplicado topicamente pomada com óxido de zinco + dióxido de titânio + cloridrato de tetracaína 85mg/g + 30mg/g + 10mg/g, sem melhoria. Negava outros sintomas acompanhantes, nomeadamente genito-urinários, gastrointestinais ou constitucionais. Ao exame objetivo, observou-se atrofia vulvar, despigmentação da região anogenital com distribuição em forma de oito, com zonas eritematosas e escoriações. Fissura anal na linha média anterior do ânus. Assumiu-se como hipótese diagnóstica mais provável, LE, tendo sido referenciada a consulta de dermatologia e medicada topicamente com mometasona 1mg/g, óxido de zinco 500mg/g, cinchocaína + policresaleno 10mg/g + 50mg/g e com macrogol 1000mg por via oral. Posteriormente, foi avaliada em consulta de dermatologia, com diagnóstico definitivo de LE e medicada topicamente com clobetasol 0,5mg/g, tacróli-

mus 1mg/g e estriol 1mg/g com melhoria do quadro clínico, mantendo atualmente o tratamento em dose de manutenção e seguimento por dermatologia.

Conclusão: O presente caso clínico pretende alertar os Médicos de Família para a hipótese diagnóstica de LE, que apesar de pouco frequente, consiste numa patologia com queixas e lesões muito sugestivas e com um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes, sendo por isso fundamental uma suspeita diagnóstica e abordagem precoce e adequada, de forma a prevenir a evolução da doença e o desenvolvimento de complicações ou malignização das lesões.

PD 177

ESCLEROSE SISTÉMICA: UM DIAGNÓSTICO À MÃO

Margarida Moreira¹; Ângela Alves¹; Nuno Silva¹; Juliana Campos¹; Hugo Gomes¹

¹USF Santo António, ACeS Barcelos/Esposende

Introdução: O fenómeno de Raynaud é um vasospasmo episódico e reversível das artérias periféricas, habitualmente, digitais. Este poderá ser primário ou secundário, sendo que complicações como as úlceras digitais deverão fazer suspeitar de outra causa.

Com este caso, pretende-se realçar a importância do exame objetivo no diagnóstico diferencial do fenómeno de Raynaud, nomeadamente na esclerose sistémica.

Descrição: Mulher de 56 anos, eurocaucasiana, casada, com 2 filhos, pertencente a família nuclear na fase V do ciclo de vida de Duvall. Empregada de loja.

Antecedentes de hipercolesterolemia, tabagismo e síndrome do túnel cárpico à direita. Sem antecedentes familiares de relevo.

A 13.11.2017 recorreu à Consulta Aberta por noção de espessamento da unha do terceiro dedo da mão direita e fenómeno de Raynaud de início recente com agravamento no inverno. Foi medicada para onicomicose com terbinafina 250 mg um comprimido por dia e ciclopirox tópico que manteve durante 6 meses.

Por persistência de sintomas, foi substituída a terapêutica antifúngica oral por fluconazol e iniciada pentoxifilina sem melhoria. Assim, foi referenciada a consulta hospitalar de Cirurgia, tendo sido submetida a exérese da unha a 6.3.2020 com melhoria das queixas relacionadas com a unha, pelo que teve alta.

Em contexto de pandemia por COVID 19, só voltou a ter consulta com o Médico de Família a 27.11.2020, mantendo queixas de fenómeno de Raynaud. Foi instituída nifedipina 30mg um comprimido por dia sem alívio. A 26.10.2021 regressou à Consulta Aberta com o mesmo sintoma, re-

ferindo associadamente “encurtamento das unhas”, sem outras queixas de relevo. Ao exame objetivo apresentava, pequenas úlceras cicatrizadas nas extremidades distais das mãos e dactilite. Foi pedido estudo analítico que mostrou: anticorpos antinucleares $\geq 1/1280$ - detetada reatividade anti-centrómero B.

Foi referenciada a consulta hospitalar de Reumatologia, onde foi excluído envolvimento visceral, tendo concluído tratar-se de esclerose sistémica na forma limitada e decidido iniciar metotrexato 12,5mg/semana + 10 mg ácido fólico/semana e iloprost com melhoria sintomática.

Conclusão: A associação do fenómeno de Raynaud com espessamento cutâneo é característica da esclerose sistémica, uma patologia pouco frequente em que é importante a exclusão do atingimento de outros órgãos, do qual dependerá o prognóstico. Apesar de nenhum tratamento se ter mostrado eficaz no tratamento da doença, medicações adequadas poderão prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida.

A valorização atempada das causas secundárias de fenómeno de Raynaud poderá antecipar o correto diagnóstico, tratamento e seguimento.

PD 178

ALÉM DA OMALGIA – METASTIZAÇÃO ÓSSEA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO CÓLON

Tânia Ferreira¹; Ana Margarida Simões¹; Marina Ribeiro¹; Ana Isabel Santos¹

¹USF A Ribeirinha

Introdução: A neoplasia do cólon raramente possui metastização óssea, segundo a literatura médica disponível. Dentro dos tumores com metastização óssea, os primários mais comuns são as neoplasias do reto e cego. Normalmente, é mais frequente a descoberta de lesões metastáticas ósseas após o diagnóstico e início de tratamento da neoplasia colorretal primária. Em contraste ao padrão habitual, de seguida apresentamos um paciente com queixas álgicas e compressivas medulares devido a metastização óssea da coluna cervical e dorsal, na ausência de sintomas gastrointestinais associados, que posteriormente revelou originar-se de uma neoplasia primária do cólon.

Descrição: Utente do sexo masculino recorre a consulta no Centro de Saúde por dor escapular à direita. Apresentava como antecedentes patológicos de relevo diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, dislipidémia e hiperplasia benigna da próstata, encontrando-se medicado com perindopril 10 mg + indapamida 2.5 mg + amlodipina 5mg, sitagliptina 50 mg + metformina 850mg, bisoprolol 2.5 mg, pitavastatina 2 mg e dutasterida 0.5mg + tansulosina 0.4 mg. Ao exame

objetivo destacava-se apenas um agravamento álgico com movimento contra a resistência do membro superior direito. Referia pouco alívio com paracetamol e negava traumatismo associado. As queixas álgicas foram persistentes e sustentadas, evoluindo durante cerca de três meses e tornando-se mais refratárias a diversos tipos de analgesia. Num dos episódios de agravamento com dor cervical associada, o utente recorre ao serviço de urgência, onde foi medicado sintomaticamente e aconselhado a recorrer à sua médica assistente. Em consulta e ao exame objetivo, apresentava força dos membros inferiores diminuída bilateralmente 4/5, sensibilidade diminuída no membro superior esquerdo e alterações de sensibilidade até ao nível de D1/D2, sem incontinência esfinteriana. Encontrava-se consciente e orientado, hemodinamicamente estável e apirético. Foi realizado exame de imagem com tomografia computadorizada cervical que revelou lesões nas vértebras cervicais C2/C7 e dorsais D2-D3 sugestivas de lesões secundárias e posteriormente confirmadas em cintigrafia e ressonância magnética. Realizou ainda tomografia abdomino-pélvica que revelou metastização hepática. Através de colonoscopia e biópsias associadas foi diagnosticado como primário neoplasia do cólon transverso com lesão circunferencial ulcerada com extensa necrose: adenocarcinoma. Não possuindo indicação cirúrgica e pelo agravamento do quadro álgico, encontra-se a realizar tratamentos de radioterapia, a título descompressivo.

Conclusão: Este caso demonstra uma apresentação pouco usual de adenocarcinoma do cólon e reforça a importância de considerar o mesmo como diagnóstico diferencial em doentes com metástases de adenocarcinoma de primário desconhecido, embora a sua ocorrência seja rara. Revela ainda a importância de cada profissional se manter alerta para queixas álgicas mantidas e refratárias a medicação, despertando para a procura de causas ocultas que possam explicar o quadro clínico do doente em questão.

PD 179

UMA DEMÊNCIA RARA

Joana Ribeiro Costa¹; Mariana Santos Miranda¹; Melanie Faria¹; Rute Magalhães¹; Josef Räder¹

¹USF Vale Sorraia

O córtex somatossensorial engloba o processamento de sensações e perceções somáticas. A atrofia parietal é uma entidade pouco estudada e em fases precoces pouco diagnosticada. Os sintomas e sinais mais comuns são agnosia, apraxia, acalculia e o neglect. Alguns estudos relatam a atrofia parietal como sendo uma apresentação precoce da demência de Alzheimer.

Mulher de 71 anos, autónoma nas atividades da vida diária,

com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e patologia osteoarticular degenerativa da coluna lombar, medicada com ramipril 5mg e tramadol+paracetamol 75+650 mg, e antecedentes familiares de Alzheimer (mãe e tia). Referenciada à consulta de Neurologia pelo médico de família por alteração progressiva da memória. No Mini Mental State Examination pontuou 23 pontos, apresentando alterações predominantemente ao nível do cálculo e apraxia construtiva. Ao exame neurológico destacava-se apenas apraxia do olhar, com dificuldade na fixação e nos movimentos de perseguição. Não se apurou qualquer causa metabólica, infecciosa ou toxicológica de demência. Realizou TC cranioencefálica (CE) que identificou "(...) atrofia lobar mais evidente nas regiões parietais bilateralmente (...)" e RMN CE salientando-se "(...) fenómenos atrofícos cortico-subcorticais, com especial destaque para os lobos parietais, existindo moderado alargamento dos sulcos, de forma sensivelmente simétrica, configurando um grau 2 na escala de atrofia parietal de Koedam.". Perante o quadro clínico, as alterações no exame neurológico e os achados imagiológicos colocou-se a hipótese diagnóstica de demência parietal. Introduziu-se a rivastigmina 4,6mg/24h com titulação da dose para 9,5mg/24h e supendeu-se o tratamento analgésico com tramadol. Após 2 meses, na reavaliação pelo seu médico de família apresentava estabilização do quadro neurológico sem agravamento das funções neurosensoriais.

Este caso pretende sensibilizar o médico de família para a existência desta patologia e as suas possíveis formas de manifestação, alertando para a importância da interpretação e reavaliação de sinais e sintomas, aumentando o leque de hipóteses de diagnóstico e a possibilidade de deteção mais precoce.

PD 180

UM CURIOSO CASO DE OLIGOANÚRIA

Mariana Santos Miranda¹; Joana Ribeiro da Costa¹; Tatiana Bento¹; Carina Dias¹; Raquel Landeiro¹

¹USF Vale do Sorraia

A preparação para a realização de colonoscopia requer a ingestão de uma solução hipertónica. Os efeitos adversos mais comuns são náuseas, vômitos, dor abdominal, distensão abdominal e irritação anal, podendo por vezes complicar com distúrbios hidroelectrolíticos e lesão renal aguda. Homem, 69 anos, autónomo nas atividades da vida diárias, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia e cardiopatia isquémica, medicado com metformina+vildagliptina 1000 mg + 50 mg, atorvastatina 20 mg, losartan + hidroclorotiazida 100 mg + 25 mg, clopidogrel 75 mg e ácido acetilsalicílico

150 mg. Recorreu à consulta aberta por quadro súbito de anúria após realização de endoscopia e colonoscopia no dia anterior (preparação com Citrafleet® - sem fosfato), na qual apenas se evidenciou gastrite; má preparação do colon, sem remoção de pólipos. Negava outras manifestações associadas, incluindo dor suprapúbica ou lombar, disúria, hematúria macroscópica, edema periférico, dispneia, ortopneia e febre. Por persistência do quadro, após algaliação no centro de saúde, foi encaminhado para o Serviço de Urgência (SU). Trata-se de um doente com função renal normal até há 6 meses, altura em que foi identificada elevação da creatinina (1.46 mg/dL), sem proteinúria, tendo realizado processos endoscópicos eletivamente para estudo de anemia normocítica normocrômica (Hb 11.6 g/dL) conhecida desde a mesma altura. Negava previamente perda ponderal involuntária, astenia, anorexia, sudorese noturna ou outros sintomas constitucionais, dor ósseas, lesões cutâneas incluindo púrpuricas ou outras queixas. Negava consumo de novos fármacos, incluído AINEs. À admissão no SU, apresentava agravamento da função renal (creatinina 7.2 mg/dL, ureia 109.2 mg/dL), hipercaliémia (6 mmol/L), acidose metabólica (pH 7.28, lactatos 2.9) e anemia normo/normo (Hb 10.3 g/dL), sem elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou ecografia renovesical que excluiu ureterohidronefrose. Objetivamente destacava-se palidez das mucosas e edema periorbitário e à auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído na base direita, sem ruídos adventícios. Cumpriu inicialmente fluidoterapia (aprox. 3L/24h) e terapêutica diurética sem resposta (diurese 150cc desde a admissão), motivo pelo qual foi contactado o Serviço de Nefrologia que aceitou a sua transferência. Assumiu-se lesão renal aguda oligoanúrica (AKIN 3) com possível necrose tubular aguda isquémica por desidratação: preparação da colonoscopia, diurético, antagonista do recetor de angiotensina II e biguanida. Durante o internamento realizou uma sessão de hemodialise, sem intercorrências, com melhoria gradual e significativa dos valores de retenção azotada. Por apresentar creatinina de 2 mg/dL, ureia de 70 mg/dL, sódio de 144 mmol/L, potássio de 4 mmol/L, débito urinário preservado e melhoria sintomática teve alta clínica, com indicação para reforço hídrico oral de acordo com a diurese, dieta pobre em sal, manter evicção de nefrotóxicos (AINEs...), ajuste terapêutico com suspensão de metformina e foi referenciado para a consulta de nefrologia.

A colonoscopia é um exame realizado maioritariamente em ambulatório, pelo que a sua prescrição é uma prática frequente no dia-a-dia da Medicina Geral e Familiar. Por esse motivo torna-se fulcral o conhecimento dos efeitos adversos não só do exame, mas também da sua preparação.

O alerta para estas complicações permite uma deteção, orientação e tratamento precoces.

PD 181

PROJETO VIA VERDE AMORA (VVA) – SERVIÇO DE ATENDIMENTO A UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA

Cristiana Antunes¹; Filipe Bacalhau¹; Francisco Silva¹; Mariana Figueiredo¹; João Capelinha²; Francisco Pereira³; Esmeralda Amador¹

¹USF Amora Saudável; ²USF Pinhal de Frades; ³USF CSI-Seixal

Introdução e objetivos: A realidade dos utentes sem equipa de família é um problema por todos conhecido. Na UCSP Amora, estão inscritos mais de 10.000 utentes sem equipa de família atribuída (dados de agosto/2021), com dificuldade no acesso a cuidados de saúde com a qualidade técnico-científica desejada.

O projeto VVA, baseado no Projeto Via Verde Laranjeiro, foi desenvolvido por 3 internos de 4º ano de MGF e coordenado por médica assistente graduada em MGF. Teve como principal objetivo prestar cuidados de saúde a utentes sem equipa de família e, portanto, sem seguimento médico regular e com necessidades acrescidas. Como objetivos secundários, salienta-se o interesse formativo inerente, a gestão de utentes com situações clínicas menos comuns e o desenvolvimento de trabalho de equipa com outros profissionais de saúde.

Material e métodos: Após a análise das necessidades da população, foi definido o protocolo do Projeto VVA, aprovado pela Direção de Internato e pela Direção Clínica e Executiva do ACES Almada-Seixal. O projeto teve a duração de 4 meses e consistiu na realização de consultas de saúde de adultos (SA), saúde infantil (SI), saúde materna (SM) e planeamento familiar (PF), em articulação com enfermeiras especialistas da UCSP Amora. Foram criadas duas agendas médicas com horário de 40h/semana, distribuído por 7 internos intervenientes. Neste período, foi realizado o estudo de utentes observados.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 1236 consultas médicas (723 de SA, 189 de SI, 140 de SM, 109 de PF, 39 teleconsultas, 34 contactos indiretos e 2 consultas do dia). Foram observados 972 utentes (66,7% do sexo feminino; 33,2% do sexo masculino e 1 mulher trans) de 26 naturalidades diferentes. Relativamente à idade, 207 tinham idade pediátrica; 689 idade adulta ativa e 76 eram idosos. Cerca de 50% dos utentes pertencem a famílias nucleares, sendo o estadio I do ciclo de vida familiar de Duvall o mais frequente. A nível de escolaridade, 58,8% dos adultos completaram o ensino secundário, 11,8% completaram a 4ª classe e 1,2% são analfabetos. Relativamente aos hábitos

toxicófilos, 8,8% são fumadores ativos e 5,0% ex-fumadores; 4,3% tem consumo etanólico excessivo; 0,3% utentes são consumidores ativos de droga (haxixe e cannabis) e 0,3% são ex-toxicodependentes.

Os problemas ativos mais frequentemente abordados em consulta, por ordem decrescente, foram: hipertensão sem complicações, gravidez, diabetes não-insulinodependente, dor muscular, obesidade. Relativamente aos diagnósticos de novo, foram realizados 22 novos diagnósticos de hipertensão sem complicações, 16 de obesidade, 14 de distúrbio de ansiedade, 13 de bursite/tendinite/sinovite, 10 de abuso do tabaco, entre outros.

Foram realizadas 286 referências, sendo a maioria para as especialidades de ginecologia / obstetrícia, pediatria, medicina física e reabilitação, dermatologia, serviço de urgência e oftalmologia.

No contexto de rastreios oncológicos, foram realizadas um total de 83 colpocitologias, 39 pedidos de mamografia, 70 pedidos de pesquisa de sangue oculto nas fezes e 13 pedidos de colonoscopias. No âmbito da abordagem contraceptiva, foram colocados 15 e removidos 6 implantes progesterativos e foram colocados 2 sistemas intra-uterinos de levonorgestrel.

Este projeto revelou-se muito enriquecedor a todos os níveis (formativo, profissional e pessoal). A prestação de cuidados foi realizada com base numa abordagem holística e abrangente do utente e da família, procurando manter o rigor e a empatia. Além das medidas preventivas implementadas e dos diagnósticos realizados, pudemos também constatar, em diversas reavaliações, a melhoria clínica com a terapêutica instituída. O feedback dos utentes foi muito positivo, consistindo um fator motivacional para a manutenção do projeto, que se encontra atualmente em expansão. Em 01/2022, teve início a Via Verde Seixal, dirigida a todos os utentes sem equipa de família residentes no concelho do Seixal.

PD 182

RASTREIO DE CANCRO DA PELE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rita Da Fonseca Serejo¹; Carina A. Nunes¹; Filipa da Costa Teixeira¹; Tatiana Bormotova¹

¹USF Emergir

Introdução: O cancro cutâneo (CC) é o cancro mais frequente na população caucasiana. Com pico de incidência aos 57 anos de idade esta tem vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo a exposição solar excessiva responsável por >90% dos CC. Os CC mais frequentes são: Carcinoma basocelular (CBC), 60-65%; Carcinoma Espinocelular,

20-30%; e Melanoma Maligno (MM), 4%. A probabilidade de cura, de qualquer tipo de CC, depende do seu diagnóstico atempado, no entanto, em Portugal não existe rastreio organizado de CC, sendo o diagnóstico destas neoplasias realizado de forma oportunística ou dirigida à sintomatologia. Embora seja um elemento fundamental no diagnóstico precoce de cancro da pele, a maioria dos MF não realiza exame objetivo sistemático da pele por rotina.

Objetivos: Primário: prevenção secundária do CC na população da USF Emergir (USFE). Secundários: prevenção primordial e primária e ainda a formação dos profissionais da USFE nesta área.

Descrição: Foram convocados 341 utentes com 57 anos de idade para consulta de rastreio de CC (CRCC), nos meses de dezembro 2018 e dezembro de 2019. Na CRCC foi avaliado todo o tegumento, com registo das alterações em processo clínico, terapêutica e/ou orientação para vigilância periódica pelo MF e/ou para consulta hospitalar de Dermatovenerologia (DV). Durante estes 2 meses, realizou-se educação para a saúde na área do CC através da abordagem do tema em consulta e da entrega de panfletos. Previamente, realizou-se uma sessão de formação inter pares, com componente teórico-prática, a toda a equipa.

Discussão: A afluência foi de 53% (N=180). 3% dos utentes (n=5) apresentaram lesões suspeitas de CC; 9% (n=17) lesões pré-malignas; 31% (n=56) nevos atípicos; 22% outra patologia cutânea. Dos 17 utentes referenciados a consulta DV foram diagnosticados 3 CBC e 2 MM.

Dos 39 utentes com outra patologia cutânea identificada, foi diagnosticada de novo 1 indivíduo com Neurofibromatose tipo1 e 3 com Psoríase. ≥80% (N=153) apresentou dermatofitose.

A equipa autoavaliou positivamente os conhecimentos adquiridos e os utentes avaliaram com especial otimismo esta iniciativa, culminando em depoimentos no livro de elogios da USFE.

Conclusão: Os resultados obtidos demonstram a pertinência do rastreio do CC, assim como a importância da avaliação sistemática e organizada da pele, no diagnóstico de outras doenças da pele.

PD 183

ADEQUAÇÃO DA TERAPÊUTICA ANTIDISLIPIDÉMICA EM DIABÉTICOS DE UMA LISTA DE UTENTES

Cristiana Soares¹; Maria Santos¹; Gorete Marques¹

¹USF Calâmbrega

Introdução: A maioria dos adultos com diabetes mellitus (DM) apresenta, no mínimo, alto risco de doença cardiovascular (DCV) futura. Em média, a DM tipo 2 duplica o risco

de DCV, com riscos mais elevados naqueles com lesão de órgão-alvo (LOA). A adoção de um estilo de vida saudável é recomendada para todos os diabéticos e o tratamento de fatores de risco deve ser considerado. As recentes *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre prevenção de DCV recomendam uma abordagem gradual na gestão da dislipidemia na DM, definindo uma 1ª fase (STEP 1) em que os objetivos passam por atingir um colesterol LDL (cLDL) alvo < 100mg/dL nos doentes de alto risco cardiovascular (CV) e < 70mg/dL nos de muito alto risco, e uma 2ª fase de intensificação terapêutica (STEP 2) com alvos de cLDL mais reduzidos.

Objetivos: Caracterizar a população diabética de uma lista de utentes e verificar a adequação da terapêutica antilipídica consoante o risco cardiovascular.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e retrospectivo da população diabética (códigos ICPC-2 T89 e T90) de uma lista de utentes, com idade ≥40 anos, em setembro de 2021, no que diz respeito a sexo, idade, tempo médio de duração da DM, risco CV, atingimento do valor alvo de cLDL, adequação da terapêutica antilipídica, presença de LOA, doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA) e/ou evento CV major. Os dados foram colhidos com recurso ao MIM@UF® e SClínico®, e tratados no Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: Foram incluídos um total de 147 utentes diabéticos (52,4% do sexo masculino, média de idades de 71,2 anos, 97,3% com diagnóstico de DM tipo 2 e com 13 anos de duração média da DM). Quanto ao risco CV verificou-se que 63,3% eram de alto risco e 36,7% de muito alto risco. No grupo de alto risco CV constatou-se que 41,9% estavam fora do alvo de cLDL, e destes, 43,6% não se encontravam medicados com antilipídico (11,8% por fragilidade, 11,8% por não adesão terapêutica e 76,4% sem motivo identificado no processo clínico). Os restantes 56,4% encontravam-se medicados com estatina de moderada intensidade (incluindo 2 utentes com fenofibrato associado). Dos utentes de alto risco CV, 31,2% apresentavam LOA, sendo que, destes, 30,8% tinham o valor de cLDL fora do alvo. No grupo de muito alto risco CV verificou-se que 64,8% se encontravam fora do alvo para o cLDL. Destes, 2,9% estavam medicados com estatina de baixa intensidade; 65,7% com estatina de moderada intensidade, sendo que 1 utente fazia em associação fenofibrato; e 20% encontrava-se medicado com estatina de alta intensidade (com 1 utente a fazer ezetimibe associado). 2,9% estavam medicados apenas com ezetimibe por efeitos adversos com estatina e 8,5% não tinham nenhum antilipídico prescrito (66,7% por fragilidade e 33,3% sem motivo

identificado no processo clínico). Dos utentes de muito alto risco CV, 100% apresentavam LOA, 87% apresentavam DCVA documentada (destes, 91,4% tinham o cLDL fora do alvo) e 53,7% com evento CV major prévio (destes, 57,1% apresentavam cLDL fora do alvo). A maioria dos eventos CV major (69%) corresponderam a acidentes vasculares cerebrais. Com este trabalho conclui-se que é necessário investir mais na redução do risco CV dos utentes com DM, através da melhoria da gestão da dislipidemia neste grupo de doentes. Para isso é fundamental investir na atualização de conhecimentos dos médicos sobre o tema, realizando formação com base nas recentes *guidelines*, e promover a educação para a saúde dos utentes quanto à redução do seu risco CV. Apesar das limitações, como a utilização de uma amostra pequena, a opção pelos valores alvo de cLDL do STEP 1 das *guidelines* e a não inclusão de fatores modificadores do risco CV, este trabalho revela-se como ponto de partida para combater a inércia terapêutica, alargar a investigação às restantes listas de utentes da unidade e realizar trabalhos de melhoria da qualidade, de forma a melhorar o risco CV dos nossos utentes diabéticos.

PD 184

FRATURAS: A REALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ESTUDO PILOTO

Bárbara C. Barbosa¹; Rita C. Pereira¹; Tânia Coelho¹;
Tiago Santos Silva¹; Vânia Oliveira¹; João Martins¹; Rita Gomes¹
¹USF VitaSaurium

Introdução: Na Europa, os traumatismos são maioritariamente provocados por acidentes de viação (55%) seguidos das quedas (17%). Enquanto o primeiro grupo é, normalmente observado no Serviço de Urgência, o segundo recorre de forma significativa aos Cuidados de Saúde Primários. Este trabalho pretende caracterizar os diagnósticos de fraturas de uma Unidade de Saúde Familiar (USF).

Material e métodos: Levantamento de todos os utentes com diagnóstico de fratura em 2020 de uma USF da qual se selecionou uma amostra randomizada, estatisticamente significativa para um intervalo de confiança de 95%. Critérios de inclusão: utentes da USF com diagnóstico confirmado de fratura por meio complementar de diagnóstico. Foram excluídos utentes sem inscrição na USF ou cuja suspeita de diagnóstico não se confirmou. Os dados foram analisados com recurso ao Excel 365®.

Resultados e conclusões: Estabeleceu-se uma amostra de 79 utentes. Verificou-se um predomínio de utentes do sexo feminino (62,0%; n=49) e a média de idade foi de 62,3 anos (com desvio de 20.9 anos). Quanto ao local de diagnóstico inicial, 59,5% (n=49) foram realizados no

Serviço de Urgência e 40,5% (n=32) foram constatadas em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Quanto ao mecanismo de fratura, o mais frequente foi queda da própria altura (68,4%; n=54). Verificou-se fratura exposta em apenas 6,3% (n=5) dos casos. O local mais frequente de fratura foi a grelha costal (20,3%; n=16) seguida da fratura do fêmur (17,7%; n=14). Relativamente aos antecedentes pessoais 35,4% (n=28) apresentavam obesidade, 8,9% (n=7) tinham história de fratura prévia e 5,1% (n=4) estavam diagnosticados com osteoporose. Verificou-se ainda consumo de benzodiazepinas, de forma crónica, em 24,1% (n=19) dos utentes diagnosticados com fratura.

O facto de sermos uma Unidade de Saúde Familiar com capacidade de realizar radiografias permitiu-nos diagnosticar cerca de 41% dos casos de fratura, sendo que apenas uma parte destes necessitou de ser encaminhada para o Serviço de Urgência, dado que alguns requeriam apenas tratamento conservador. Nos últimos anos temos observado uma crescente preocupação com o recurso excessivo ao Serviço de Urgência e as implicações que este fenómeno tem na prestação de cuidados de saúde. A capacitação dos Centros de Saúde com equipamento de radiologia pode ser uma das ferramentas que permite combater o recurso excessivo aos Serviços de Urgência bem como a melhoria de cuidados de saúde de proximidade.

Seria importante a transposição deste estudo para um estudo multicêntrico, com inclusão de outras unidades dos cuidados de saúde primários, com e sem serviço de radiologia para comparação de resultados.

PD 185

REVISÃO SISTEMÁTICA DE CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES COM DEMÊNCIA

Rui Pedro Salgueiro Caceiro¹;

Mariana Catarina Amado Trindade Marques²

¹Centro Hospitalar de Setúbal; ²USF Coimbra Norte

Introdução: Dado o envelhecimento populacional, acompanhado pelo conseqüente aumento das doenças crónicas incapacitantes, será inevitável estabelecer-se um crescente aumento da necessidade de Cuidados Paliativos (CPs). No entanto, a resposta a este fenómeno é ainda insuficiente para suprir necessidades. A demência é uma das patologias que mais carece destes cuidados e geradora um enorme impacto social, económico e nos sistemas de saúde. Existe dificuldade em determinar o momento certo no declínio do decorrer da doença para realizar a correta referenciação, bem como a grande amplitude de critérios existentes, não uniformizados, que poderão contribuir para uma referen-

ciação tardia e com reduzido benefício para o doente e familiares. Esta revisão sistemática tem o intuito de avaliar quais os critérios que motivam a referenciação aos CPs presentes na literatura. Pretende-se construir uma base de conhecimento sólida que permita auxiliar o desenvolvimento de critérios padronizados para a referenciação aos CPs de doentes com demência.

Materiais e métodos: Primeiramente, procedeu-se à pesquisa sistemática de publicações relevantes subordinadas ao tema, com as palavras-chave 'Palliative Care', 'Palliative Medicine', 'Palliation', 'Terminal Care', 'End-of-life', 'Referral Criteria', 'Dementia', 'Alzheimer' e 'Parkinson'. Recolheu-se informação nas línguas portuguesa e inglesa e admitiram-se todos os artigos publicados até à data de 30 de abril de 2021, nas bases de dados *Pubmed*, *Cochrane Library*, *B-on*, *Science Direct*, *Google Scholar* e as Bibliotecas Digitais das Universidades de Coimbra, do Porto e de Lisboa. Excluíram-se todos os artigos duplicados, inacessíveis, irrelevantes quanto à temática ou cujos critérios de referenciação consistissem em conceitos demasiado vagos. Foi feita uma análise estatística descritiva de variáveis importantes dos artigos (como o país, o tipo de estudo, a revista onde foi publicado) e registados os critérios de referenciação enunciados. Posteriormente, procedeu-se também à uniformização das denominações dos critérios. Procurou-se seguir as *guidelines* PRISMA.

Resultados: Foram identificados 1796 artigos e excluídos 42 duplicados. Excluíram-se 1629 artigos que não abordavam a demência ou os critérios de referenciação aos CPs. Os restantes 125 artigos foram integralmente revistos, tendo resultado numa amostra final de 25 publicações de interesse. Foi possível agrupar os critérios em 9 categorias de critérios: prognóstico, estadiamento da doença, sintomas da progressão da demência, comorbilidades graves, limitações, estado nutricional/hidratação, declínio funcional, exatão do cuidador e outros.

Os critérios de referenciação mais presentes foram a Incontinência urinária e/ou fecal (60%), antecedente de pneumonia de aspiração (60%), a total dependência para as atividades de vida diária (60%) e a Incapacidade de comunicação (< 6 palavras compreensíveis)/ mutismo (56%). Três artigos mencionavam a crescente ideologia que a referenciação aos CPs deve ocorrer no momento de diagnóstico (*Advance care planning*), conferindo maior autonomia ao doente, à família, sob auxílio do médico de família.

Conclusões: Os cuidados paliativos são considerados uma verdadeira necessidade na fase terminal da demência. Dada a variabilidade do declínio progressivo do curso natural da doença, há carência de suporte na realização da

referenciação aos CPs. Os critérios identificados na literatura atualizada são vastos e dificultam o processo de tomada de decisão. Para além dos impactos a nível clínico e social, a prestação de cuidados de nível insatisfatório tem também elevados impactos económicos. Urge o desenvolvimento de critérios padronizados que facilitem a referenciação bem como a exploração de novas correntes de pensamento como o Advance care planning.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Medicina paliativa, Palição, Critérios de referenciação, Demência, Alzheimer e Parkinson.

PD 186

INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES E A ABSORÇÃO DA LEVOTIROXINA EM DOENTE COM HIPOTIROIDISMO PRIMÁRIO, QUAL A EVIDÊNCIA?

Maria João Orfão¹; Válder Silva²

¹USF Pedro e Inês; ²USF Dafundo

Introdução: A levotiroxina é o gold standard no tratamento do hipotiroidismo. É um fármaco seguro e efetivo, porém tem uma janela terapêutica estreita, principalmente a formulação oral em comprimidos, a única disponível em Portugal para o tratamento em ambulatório. Existem muitos fatores que influenciam a sua absorção, entre os quais a toma concomitante com outros fármacos. As manifestações gastrointestinais são comuns e os doentes com hipotiroidismo podem experienciar dispepsia e/ou náusea associadas ao atraso do esvaziamento gástrico, sintomatologia que leva muitas vezes à prescrição de Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs) na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF). **Objetivo:** Pretende-se com este estudo perceber se os IBPs influenciam a absorção da levotiroxina em doentes com hipotiroidismo primário.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas, estudos controlados aleatorizados e normas de orientação clínica, nas bases de dados *Pubmed*, *Cochrane*, *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines* *Infobase* e *NICE*, utilizando os termos MeSH “Proton Pump Inhibitors” e “levothyroxine” publicados entre 2010 e 2021, nas línguas inglesa, francesa e portuguesa. Os critérios de inclusão foram: humanos; adultos com hipotiroidismo primário sob suplementação com levotiroxina, artigos completos gratuitos; e, de exclusão: artigos de opinião, editoriais ou protocolos de estudo; ensaios clínicos sem grupo de controlo.

Resultados: Foram obtidos 12 estudos tendo sido selecionados, após triagem por título e resumo, 4 para leitura integral, os quais foram eleitos para integrar o estudo pois cumpriam os critérios de inclusão. Três estudos mostraram

que nem todos os IBPs influenciam a absorção da levotiroxina, porém todos os estudos mostraram que alguns IBPs têm um impacto negativo na terapêutica de suplementação no hipotiroidismo aumentando os níveis da hormona tiroestimulante (nível de evidência 2).

Conclusão: Apesar do número limitado de estudos, há evidência que, na classe dos IBPs, existem moléculas com impacto negativo (omeprazol e lansoprazol) no tratamento dos doentes com hipotiroidismo, porém existem outras que mostraram não influenciar a absorção da levotiroxina (pantoprazol e esomeprazol), as quais devem ser preferidas na MGF, caso haja necessidade de toma concomitante com a levotiroxina.

PD 187

RELAÇÃO ENTRE NÍVEIS SÉRICOS DE HDL MUITO ELEVADOS E MORTALIDADE: REVISÃO SISTEMÁTICA

Sara Costa¹; Elisa Cairrão²

¹Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior;

²Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira

Interior; CICS - Centro de Investigação em Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior

Introdução: As partículas de HDL (lipoproteínas de alta densidade) são pequenas lipoproteínas de grande importância no metabolismo dos lípidos, pela sua capacidade de transporte reverso de colesterol dos tecidos extra-hepáticos para o fígado. O colesterol HDL é há muitos anos referido como o “bom colesterol”, uma vez que vários estudos demonstraram uma associação inversa entre a concentração sérica de HDL e a mortalidade. Esta relação é em grande parte resultado da capacidade de efluxo do colesterol dos macrófagos, durante a realização do transporte reverso pela partícula de HDL. Deste modo, a concentração de HDL tem sido utilizada como variável em muitos sistemas de avaliação de risco cardiovascular. Apesar disto, até ao momento, as tentativas de redução da mortalidade e de eventos cardiovasculares através do aumento dos níveis de HDL não têm sido bem-sucedidas e estudos recentes têm demonstrado que esta associação entre a concentração de HDL e a mortalidade pode não ser linear.

Objetivos: Assim, o objetivo desta revisão é realizar uma análise sistemática sobre a relação entre concentrações muito elevadas de HDL e a mortalidade da população. Neste trabalho também iremos analisar as causas desta mortalidade e tentar estabelecer a concentração máxima (limite máximo) que está associada ao aumento da mortalidade.

Material e métodos: A pesquisa foi conduzida nas plataformas *Pubmed*, *Web of Science* e *Scopus*. Para esta revisão foram incluídos artigos científicos originais em inglês, com estudos retrospectivos e prospetivos publicados entre 2010-2021 inclusive. Estes estudos incidiam sobre a po-

pulação humana adulta (maiores de 18 anos), com ou sem doenças prévias e em que foram avaliadas a mortalidade e os níveis de HDL, incluindo indivíduos com níveis muito elevados. Assim, foram seguidas as *Guidelines* Prisma 2020 para a seleção dos estudos.

Resultados e conclusões: Nesta revisão, foram extraídos 23 artigos publicados entre 2014 e 2021. As amostras analisadas englobam as populações de vários países, variam de 2113 a 15860253 indivíduos e são constituídas por adultos saudáveis, à exceção de quatro, onde foram analisados indivíduos com doença renal crónica, diabetes e hipertensão. A maioria dos estudos contemplados nesta revisão, mostrou que existe uma relação entre valores muito elevados de HDL e o aumento de mortalidade. É descrito na maioria dos artigos que esta relação tem a forma de U ou J, ou seja, que as concentrações de HDL dos extremos, mais baixas e mais elevadas, acarretam um aumento da mortalidade. No entanto, as concentrações de HDL elevadas foram associadas ao aumento de diferentes tipos de mortalidade. Em alguns estudos foi demonstrada esta relação com a mortalidade por todas as causas. Outras investigações mostraram um aumento da mortalidade cardiovascular. Também existiram artigos que associaram a mortalidade não cardiovascular, como por cancro e doenças infecciosas, aos níveis elevados de HDL. Os valores de HDL a partir dos quais há aumento da mortalidade, são muito variáveis, desde 47,5 mg/dL até 100 mg/dL, mas a maioria encontra-se na faixa dos 70-90 mg/dL. Apesar disto, é ainda desconhecido o mecanismo subjacente ao aumento da mortalidade por parte de concentrações elevadas de HDL, assim como há uma heterogeneidade entre os valores considerados como elevados nas diferentes investigações. Adicionalmente, não só deve ser considerada a variabilidade genética entre as diferentes populações, mas também as diferentes comorbilidades, para a definição dos valores limites que aumentam a mortalidade. Assim, existe uma associação entre concentrações elevadas de HDL e a mortalidade, sendo importante utilizar este conhecimento para a produção de terapêuticas mais eficazes que possam condicionar um perfil lipídico o menos aterogénico possível. Por fim, é também fundamental considerar esta relação para a predição do risco cardiovascular na população, devendo esta ser tida em consideração nos scores utilizados na prática clínica.

PD 188

O ESTADO DA ARTE ENTRE CONSUMO DE ÁLCOOL E ALERGIA

Vitor Coutinho¹

¹MGF na UCSP Estarreja, ACES Baixo Vouga, ARS Centro

Introdução: O consumo excessivo de álcool e a existência de alergia são dois problemas mais frequentes na saúde das populações. O consumo de álcool representa hoje um processo de socialização mas sobretudo de doenças, incapacidades e até de mortalidade, o que levou a OMS a definir uma estratégia com o objetivo de reduzir o consumo global de álcool em 10% até 2025. Portugal é um dos principais produtores e consumidores de vinho per capita do mundo. Por outro lado, as doenças alérgicas, definidas como a “epidemia do século XXI”, surgem com alta prevalência e aumento da sua incidência, até 40% da população. A hipersensibilidade tipo I (alérgica) é diferenciada e caracterizada pela dependência da presença de imunoglobulina E. A maioria dos genes envolvidos nos níveis séricos de IgE (cromossoma 5q) têm sido implicados na predisposição à sensibilização alérgica, pelo que as determinações destes níveis fazem parte do estudo das doenças alérgicas, com particular interesse nos Cuidados de Saúde Primários. Objetivos: Revisão do conhecimento científico atual existente sobre a relação evidenciada entre o consumo de álcool e o desenvolvimento de reação alérgica. Sensibilização da comunidade académica e científica sobre esta problemática.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa abrangente nas bases de dados *Pubmed* e *SCIELO* de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (2012-2022), com o uso das palavras-chave: “Alcohol”, “Immunoglobulin E” e “Allergy”. Foram determinados 268 artigos científicos e selecionados 31 para avaliação pormenorizada.

Resultados e conclusões: A associação do consumo de álcool e sensibilização pela IgE é debatida em diversos estudos: Arturo Gonzalez-Quintela e outros(2022) cujo objetivo era avaliar a capacidade diagnóstica da N-glicosilação sérica para identificar consumo de risco de álcool em comparação com marcadores padrão concluíram que o consumo de risco está associado a variações significativas na N-glicoma sérica; noutro estudo, o mesmo autor e outros(2020) concluem que a atopia foi o fator mais forte na determinação das concentrações séricas de IgE, bem como o sexo masculino e o consumo excessivo de álcool, nos indivíduos não atópicos; tendo já noutro trabalho de 2019 concluído que os testes serológicos para alergias devem ser avaliados com cautela nos pacientes alcoólicos que frequentemente apresentam níveis aumentados de IgE total e CCD-sIgE. Já Ana Todo-Bom e outros(2019) repor-

tam uma anafilaxia após a ingestão de cerveja concluindo a probabilidade da alergia ser às proteínas transportadoras de lípidos dos cereais da cerveja. Os estudos de Daeyoung Roh e outros(2019) e de Yeong Kim e outros(2019) concluíram que o risco de sensibilização pelo consumo de álcool era significativamente maior em indivíduos do sexo masculino. Já Morten Christensen e outros(2018) demonstraram o impacto de diferentes cofatores (ex. álcool) em pacientes com anafilaxia induzida pelo exercício dependente do trigo. Já Udo Bonnet e outros(2016), apresentam o provável papel do álcool no desenvolvimento da doença de Schamberg e que distúrbios imunológicos adquiridos podem constituir uma base para reações do tipo da hipersensibilidade. Para Frederikke K e outros(2016) o elevado consumo de álcool está associado a altos níveis de IgE e Allan Linneberg e outros(2015) fizeram análises de randomização mendeliana, usando variantes genéticas. Para Ju Wan Kang e outros(2014) os níveis de TlgE e IgE também aumentaram juntamente com o aumento da frequência de consumo de álcool. Outra linha de investigação relaciona-se com a picada de abelhas nas uvas, em zonas vinícolas e o seu posterior consumo pelo homem, segundo os estudos de Bilò, Tontini e outros(2019), Mariana Castells e outros(2015); Mingomataj EÇ e outros(2014), Valcarcel MA e outros(2012) e Carmen Vidal e outros(2012) com reações de sensibilização de CCDs. Perante esta relação sensível são necessários mais estudos científicos e avaliar a sua consequência na saúde das populações.

PD 189

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NA SÍNDROME DA BOCA ARDENTE

Inês Francisco¹; Dina Martins¹; Virgínia Abreu Marques¹; Mélanie Magalhães¹; Pedro Pereira¹; Marta Cardoso²

¹USF Rainha Santa Isabel; ²USF Araceti

Introdução: A Síndrome da Boca Ardente (SBA) é uma doença crónica e idiopática caracterizada por dor, ardor ou alterações da sensibilidade na mucosa oral e/ou da língua sem uma causa patológica identificada. Estudos indicam que a sua prevalência na população geral varia entre 0,1-3,9%. Trata-se de uma entidade de difícil diagnóstico e cujo tratamento é frequentemente desafiante para os médicos que avaliam estes doentes. Muitas vezes são usados psicofármacos com o intuito de controlar a sintomatologia, mas também de forma a atuar a nível de comorbilidades psiquiátricas como a ansiedade, depressão e dor crónica que muitas vezes acompanham estes doentes.

Objetivos: Reunir evidência sobre a abordagem farmacológica dos doentes com SBA.

Métodos: Foi feita uma pesquisa bibliográfica dos artigos publicados, em inglês e português, nas bases de dados MEDLINE e COCHANE, utilizando os termos MESH "Burning mouth syndrome" AND "Drug Therapy". Foram selecionados apenas Revisões Sistemáticas (RS), Meta-análises (MA) e Estudos Controlados e Randomizados (ECR). Critérios de seleção segundo o modelo PICO: população= doentes com diagnóstico de SBA; intervenção= terapêutica farmacológica; comparação=placebo/outras terapêuticas farmacológicas (TF); e outcome= melhoria clínica. Foi ainda feita uma avaliação dos níveis de evidência (NE) e forcas de recomendação (FR) pela escala Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT).

Resultados: Foram obtidos 19 artigos inicialmente. Excluídos 2 artigos após leitura do título, 1 artigo por duplicação e 2 artigos após leitura integral. Assim, foram incluídos um total de 14 artigos, 11 ECR e 3 RS/MA.

Os resultados foram semelhantes entre os ECR, a maioria sem evidência no tratamento a longo prazo. Na generalidade dos ECR houve uma superioridade estatisticamente significativa com o uso de capsaicina tópica na melhoria dos sintomas a curto-prazo, apesar de algumas limitações, quando comparada com placebo. Por outro lado, o uso de capsaicina sistémica apresenta muitos efeitos secundários gastrointestinais. O uso de clonazepam foi associado a uma melhoria estatisticamente significativa na dor, quando comparado com o placebo, mas sem diminuição dos restantes sintomas associados. Suplementos com Ácido Alfa Lipóico (AAL) demonstraram algum benefício na diminuição dos sintomas e com efeitos secundários mínimos. O uso combinado deste suplemento com a gabapentina demonstrou uma eficácia elevada na redução dos sintomas de ardor nestes doentes. O uso de capsaicina tópica ou a suplementação com AAL demonstraram semelhanças em termos de efetividade no tratamento da SBA.

Conclusão/Discussão: A evidência atual não permite identificar um tratamento de primeira linha para a SBA. Alguns fármacos como clonazepam, capsaicina tópica, suplementos com AAL demonstram eficácia na diminuição de alguns sintomas ainda que em tratamentos a curto prazo.

Tendo em conta a natureza crónica e debilitante desta patologia, é evidente a necessidade de identificar tratamentos eficazes e com resposta a longo prazo para estes doentes sendo para isso necessários estudos mais robustos e com tempos de avaliação maiores.

PD 190

MIOCARDITE PÓS-VACINAÇÃO COVID-19: DEVEMOS ESTAR ATENTOS?

José Pedro Vieira¹; José Filipe Morim de Sá Moreira¹;
Madalena Santos¹
¹UCSP MIRA

Introdução: A miocardite é um efeito secundário possível, embora raro, da vacinação para covid-19, nomeadamente da vacina da Pfizer/Bio-N-Tech e Moderna. O grupo mais afetado é o dos indivíduos do sexo masculino abaixo dos 30 anos, estando descritos apenas 77 casos de miocardite após vacinação por milhão de pessoas deste grupo populacional.

Descrição do caso: Homem de 44 anos, sem FRCV, uma dose de vacina covid-19 (Comirnaty®) 2 semanas antes, é admitido no SU-CHUC por suspeita de SCA. À avaliação médica apresentava-se com quadro de opressão torácica associado a discreta elevação não evolutiva da enzimologia cardíaca. Sem outras alterações nos exames complementares, fica internado para estudo.

Durante o internamento mantém-se assintomático e realiza diversos MCDT's, nomeadamente RMN cardíaca que relata "foco de edema e realce tardio, com distribuição subepicárdica, no segmento basal da parede ântero-lateral, compatível com miocardite", tendo sido feito o diagnóstico de miocardite com a possibilidade de relação com a vacina.

Após 10 dias de internamento, teve alta para consulta externa de cardiologia, medicado com colchicina e AINE, e com indicação para realização de ecocardiograma e holter em ambulatório. Foi observado posteriormente nos CSP, onde se encontrava assintomático e a realizar a medicação anti-inflamatória. Teve então a consulta de cardiologia, com indicação para manter plano terapêutico e nova RMN de controlo após 6 meses.

Discussão: Este trata-se de, possivelmente, um caso de miocardite pós vacinação. Estima-se, porém, que o risco de ocorrência de miocardite pós-infecção por covid-19 seja seis vezes superior, pelo que este efeito secundário não deve ser, de todo, dissuasor da vacinação.

Consideramos este caso clínico interessante por, apesar de se tratar de um efeito colateral bastante raro, alerta-nos para a possibilidade da sua ocorrência e, dada a massificação da vacinação nos últimos meses, reforça-se a importância de os médicos estarem sensibilizados para tal.

PD 191

ADENOMEGÁLIAS RECORRENTES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP): SEGUIMENTO DE UM CASO CLÍNICO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR

Marisa Sousa¹; Beatriz Morgado da Cunha¹; Ana Matos Coronha¹;
Hugo Bento Sousa¹

¹Unidade de Saúde Familiar Samora Correia – ACES Estuário do Tejo (ARSLVT)

Introdução: Em Medicina Geral e Familiar (MGF), as adenomegalias são achados frequentes do exame objetivo (EO), sendo primordial a história clínica detalhada e a deteção de características suspeitas (aderência, irregularidade, consistência dura ou firme, não dolorosa, dimensão $\geq 1,5\text{cm} \times \geq 1,5\text{cm}$ ou $\geq 2\text{cm}$ de maior eixo) para referenciar atempadamente. Apenas 1% das linfadenopatias nos CSP são de etiologia maligna, sendo a presença de sintomas B (febre, suores e perda de peso) suspeita para linfoma ou tuberculose ganglionar (TB-G). Esta constitui um desafio, pois cursa com clínica por vezes inconsistente e mimetiza outros processos patológicos. Para além disso, a duração de sintomas até à procura de cuidados médicos é geralmente arrastada (3 semanas a 8 meses).

Caso Clínico: Mulher de 30 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial e Depressão (medicadas), recorre à consulta em Maio de 2015 com queixas de adenomegalias cervicais desde há 1 ano, acompanhadas de febre, anorexia e adinamia na última semana. Ao EO, apresentava 2 formações nodulares cervicais supraclaviculares palpáveis à esquerda: uma fusiforme, com 2cm, contornos regulares, indolor e móvel; outra arredondada, de menor dimensão, contornos regulares, dolorosa à palpação e mais aderente aos planos profundos; restante EO sem alterações. Em TC-cervical, destacam-se 3 adenomegalias (2x2cm; 1.5x0.5cm; e 1x1cm) na localização referida. O quadro evolui com poliartralgias, sudorese profusa noturna e acordar noturno com dor, mas as queixas acabam por regredir espontaneamente, bem como as adenomegalias.

Após 6 meses, apresenta novamente febre, polimioartralgias com rigidez matinal, anorexia, episódios diarreicos intermitentes e perda ponderal (10kg/6 meses). Realiza TC-tórax, onde é detetado aumento do timo e múltiplas adenopatias de pequenas dimensões (sem critérios para punção), tendo sido encaminhada para a Cardio-Torácica para timectomia, com o diagnóstico histológico de hiperplasia tímica verdadeira. Foi feito o seguimento do quadro mioarticular com o apoio da Medicina Interna concluindo-se um diagnóstico de conectivite indiferenciada (VS 80mm; ANA positivo), controlado sob hidroxicloroquina (HCQ); e sendo afastada a hipótese de patologia linfoproliferativa.

Passados 3 anos (Outubro 2018), reaparece uma adenopatia cervical, móvel, dolorosa, com tamanho superior às adenopatias do passado (>2cm), motivando nova investigação. Foi submetida a biópsia, que revelou granuloma necrótico com *Mycobacterium tuberculosis complex* positivo, apurando-se TB-G. Fez tuberculostáticos, apresentando imagens de controlo com remissão de tamanho das adenomegalias e sem sintomatologia.

Mantém estável e assintomático o quadro reumatológico, com parâmetros inflamatórios diminuídos e restante estudo de autoimunidade negativo; tendo suspenso a HCQ em finais 2021 sem novas crises.

Conclusão: Pela variabilidade das suas características clínicas, ausência de sintomas sistémicos, achados físicos e laboratoriais inconsistentes, e múltiplos diagnósticos diferenciais, o diagnóstico de TB-G constitui um desafio. A sua apresentação depende da localização da linfadenopatia e do estado imunológico do doente e o seu diagnóstico muitas vezes do grau de suspeição clínica.

Neste caso clínico temos uma jovem com adenomegalias recorrentes, com períodos de regressão espontânea e um quadro clínico dúbio e flutuante ao longo de anos, que levou a dois outros diagnósticos concomitantes antes de se concluir o diagnóstico de TB-G - uma patologia que continua a ser um problema de Saúde Pública nos dias de hoje.

Nos CSP, a prestação de cuidados e seguimento do doente de forma continuada permite um olhar atento sobre recorrência de sintomas e novas marchas diagnósticas. Com a apresentação deste caso, pretendemos sublinhar que é fundamental valorizar e investigar sempre um quadro de adenomegalias suspeitas, por mais atípico que se apresente, bem como as manifestações clínicas acompanhantes, para um tratamento adequado.

PD 192

EPILEPSIA BENIGNA NA INFÂNCIA: SÍNDROME DE PANAYIOTOPOULOS – CASO CLÍNICO

Armando Manuel Mesquita Felgueiras¹;

Sérgio Miguel Henriques Bolas¹

¹USF Cuidar Saúde

Introdução: As síndromes epiléticas são uma das doenças neurológicas graves mais frequentes na infância.

A síndrome de *Panayiotopoulos*, conhecida por epilepsia occipital autolimitada na infância (de início precoce), ocorre entre os 3 e 6 anos de idade.

Caracteriza-se por convulsões focais, com perturbação da consciência, que podem evoluir para crises generalizadas. Ocorrem em qualquer altura do dia, sendo mais comuns durante o sono. Têm duração até 30 minutos, e quanto

mais prolongada a convulsão, maior a probabilidade de a crise focal evoluir para generalizada.

A criança apresenta palidez e má disposição, podendo ocorrer vômitos, visão turva ou perda de visão temporária, incontinência (urinária ou fecal), ficando hipotónica e não responsiva.

O electroencefalograma pode revelar descargas “spike” na região occipital.

O tratamento consiste na educação dos pais para a doença, elucidando quanto à sua benignidade, cuidados a ter nas crises e terapêutica a realizar em SOS. Nos casos com episódios frequentes, opta-se por tratamento com Oxcarbamazepina, Carbamazepina, Levetiracetam ou Gabapentina.

Esta síndrome tem bom prognóstico - as crianças têm um desenvolvimento psicomotor e cognitivo adequados e na maioria dos casos as crises cessam 2-3 anos após o 1º episódio. O risco de desenvolver epilepsia na idade adulta é semelhante à população geral.

Descrição: O presente caso clínico refere-se a uma criança do sexo feminino, 5 anos, que em abril de 2021 teve um episódio convulsivo, após acordar, com perda de tónus, sialorreia e retroversão ocular; duração >5 minutos, com vômitos e confusão pós-ictais. Os pais recorreram ao SU, onde foi assumida gastroenterite aguda - a criança teve alta com medidas sintomáticas.

Posteriormente foram à consulta com o médico de família para expor a situação; ao exame objetivo não se evidenciou nenhuma alteração, nomeadamente no exame neurológico, pelo que se tranquilizou os pais.

No dia 6 de julho ocorreu novo episódio convulsivo, com gemido, hipertonia dos membros superiores e hipotonia do resto do corpo, desvio ocular conjugado para a direita, e incontinência urinária. Realizou EEG que revelou atividade paroxística temporal posterior esquerda e occipital direita, mais acentuada durante o sono.

Teve consulta urgente de Desenvolvimento a 09/07, havendo a destacar os seguintes dados da história clínica: antecedentes obstétricos - GII, vigiada, sem intercorrências, serologias e ecografias pré-natais sem alterações, PII, eutócico, às 39 semanas e 5 dias, IA 10/10, sem intercorrências; rastreio neonatal negativo, RANU por OEA negativo bilateralmente. Sem intercorrências de relevo no desenvolvimento até então.

Iniciou tratamento com Carbamazepina (titulação da dose inicial de 50mg/dia até 200mg/dia) e foi prescrito tratamento em SOS – se convulsão >5 min, aplicar por via retal diazepam 10mg.

Teve consulta de Neuropediatria a 31/08, na qual os pais

mencionaram nova crise convulsiva (29 agosto), com perda de consciência, retroversão ocular, sialorreia, hipertonia e mordedura da língua; duração de 14 minutos.

A 27/08 tinha repetido EEG – atividade paroxística bilateral, focos independentes occipitais, durante o sono.

Mantém-se plano terapêutico, com seguimento em consulta, semestral, para vigilância.

Conclusão: Este caso clínico constituiu uma excelente oportunidade para rever a classificação das crises epiléticas, em particular as que integram as síndromes epiléticas mais comuns na infância.

Apesar da benignidade da síndrome de *Panayiotopoulos*, as crianças podem ter episódios convulsivos frequentes, sendo essencial o diagnóstico precoce para um tratamento adequado.

Neste caso, um primeiro episódio parcialmente presenciado pelos pais, com sintomas pós-ictais inespecíficos e parcos, impossibilitou inicialmente o diagnóstico. É necessário um exame objetivo rigoroso e caracterização completa das crises e sintomas associados, culminando num diagnóstico preciso e respetiva orientação terapêutica e prognóstica.

PD 193

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE NÃO CONFORMIDADE DE GÉNERO

Daniela Campelo¹

¹USF Valflores

Introdução: É atualmente aceite que crianças que apresentam comportamentos de não conformidade de género, podem não se vir a identificar como transgéneros no futuro. Da mesma forma, foi demonstrado que adultos atualmente transgéneros, não desenvolveram comportamentos de não conformidade de género durante a infância ou adolescência^{1,2,3}. Concluiu-se, assim, que crianças que apresentam estes comportamentos podem tornar-se adultos transgénero, cisgénero, género fluído e heterossexuais, homossexuais ou bissexuais.² Desta forma, cabe ao médico de família oferecer ao utente um apoio e seguimento informado no decorrer da sua descoberta de identidade.

Descrição: “Noa” é uma criança de 3 anos, saudável, com sexo biológico masculino, com desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor adequado à idade. A mãe agenda uma consulta intercalar de Saúde infantil por “Noa” apresentar comportamentos de não conformidade de género e de agressividade para com os pares e o irmão, com início há cerca de um mês. Os comportamentos de não conformidade de género ocorriam maioritariamente em casa e eram aceites e apoiados pela mãe que comprava brinquedos, roupas e adereços tipicamente usados pelo género femi-

nino. Os comportamentos de agressividade ocorriam na escola e em casa para com o irmão quando era incentivado a optar por jogos e brincadeiras tipicamente atribuídas ao sexo masculino. “Noa” vive com a mãe, o pai e o irmão gémeo monozigótico. Trata-se de uma família de origem árabe, que emigrou para Portugal antes do nascimento da criança.

Numa primeira fase foi sugerido o acompanhamento pela psicóloga do ACES que foi recusado pela mãe e, simultaneamente, foi organizado um processo de pesquisa sobre o tema da identidade de género de forma a tentar encontrar a melhor abordagem para “Noa” e para a sua família. Contudo, após ter sido delineado um plano de abordagem, a família informa que irá emigrar para outro país.

Assim, ainda que este caso não apresente seguimento ou resolução, pretende-se trazer o hipotético acompanhamento de “Noa” em formato caso clínico, permitindo a aplicabilidade da pesquisa realizada.

Conclusão: Segundo a DSM 5, estes comportamentos não constituem diagnóstico de disforia de género, pois não se prolongam há mais de 6 meses, nem manifestam sofrimento associado. Deve-se, então, abordar estes comportamentos como integrados no normal desenvolvimento da criança, abrangendo a exploração dos papéis de género.⁴ Este tratava-se de um caso numa idade precoce e com bom suporte familiar e como tal, poder-se-ia ter optado pela abordagem inicial de “watchful waiting” de forma a permitir a exploração da identidade de género sem restrições ou imposições. As atitudes de aceitação da mãe seriam validadas e aconselhada a sua manutenção sem repressão ou incitação dos comportamentos de “Noa”^{7,8}. Idealmente seriam agendadas consultas mensais com “Noa” para vigiar o comportamento e a existência de sofrimento associado e com a família para esclarecer preconceitos e receios. Seriam encaminhados para sessões de terapia familiar onde seria discutida a possível manutenção dos comportamentos de não conformidade de género, a sua intensificação ou até a reversão dos mesmos. Seria disponibilizado material de apoio informativo adequado à língua materna. A escola seria aconselhada a adotar medidas inclusivas acerca de identidade de género e prevenir situações de bullying.^{5,6} Com esta abordagem, esperar-se-ia que os comportamentos agressivos de “Noa” se fossem atenuando, dever-se-ia avaliar a intensificação ou não dos comportamentos de não conformidade de género e atentar para os eventuais sinais de sofrimento. “Noa” apresentava boa relação com os pares, um normal desenvolvimento psico-motor, uma autoestima elevada e dispunha de um bom suporte familiar. Todas estas mais-valias constituiriam importantes fatores

de bom prognóstico que seriam cruciais no decorrer da intervenção.⁶

PD194

SOZINHA EM CASA-19

Alexandra Lopes Ramos Rodrigues¹; Carlos Pedro Mendes¹; Delfim Teixeira¹; Rui Lobo¹; Soraia Osório¹

¹USF João Semana

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é “um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade”. A pandemia por COVID-19 afetou diversos setores abrangidos por esta definição, predispondo para doenças psiquiátricas e agravamento de pré-existentes. Em Portugal, estima-se que 16,5% dos adultos padecem de perturbações de ansiedade, como a perturbação de ansiedade generalizada (PAG).

Descrição: Utente do sexo feminino de 60 anos, auxiliar de berçário, com antecedentes pessoais de perturbação depressiva e insuficiência venosa medicada cronicamente com Cyclo 3[®] 3id. Família Nuclear no Estadio VII (Ciclo de Vida Familiar de Duvall) e altamente funcional, segundo o APGAR familiar de Smilkstein. Vem à consulta por ataques de pânico após retomar a atividade laboral no infantário, previamente encerrado devido à pandemia. Deixou de sair de casa, por medo de ser infetada com SARS-CoV-2. Referia preocupações constantes e incontroláveis sobre tudo à sua volta, com irritabilidade, sintomas somáticos e autonómicos associados. Neste contexto, solicitou um certificado de incapacidade temporária. Este quadro arrastava-se desde maio de 2020. Assim, foi diagnosticada com PAG. Por opção da própria procurou apoio psiquiátrico. Está medicada com Sertralina 150mg id e Loflazepato de etilo 2mg 2id e mantém seguimento em consulta. Atualmente, refere melhoria dos sintomas, mas ainda sem condições para retomar a atividade laboral, pelo que foi referenciada à consulta de psiquiatria.

Conclusão: A relação médico-doente implica proximidade com o utente e com a sua família. Para o médico, facilita a deteção de comportamentos fora do habitual e, para o doente, o consultório é um ambiente seguro, permitindo expor as suas preocupações. É preciso conhecer a rede de apoios de cada utente, o seu suporte emocional e como o reforçar. O contexto pandémico atual foi o desencadeante do caso relatado. A instabilidade sentida afetou muitos de nós e os efeitos a longo prazo dependerão da suscetibilidade de cada um. No caso, a PAG consiste na inquietação

excessiva e persistente, relativamente a diversos contextos, que pode conduzir a comportamentos de evitamento e tem um grande impacto no normal funcionamento da vida do doente, sendo crucial o seu diagnóstico e orientação precoces e, se necessário, referenciação a consulta especializada.

PD 195

CUIDAR A DEMÊNCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Gonçalves¹

¹USF Egas Moniz

Enquadramento: A demência caracteriza-se por uma síndrome de etiologia multifatorial, onde são afetadas funções cognitivas como memória, linguagem, atenção e pensamento. Contudo, para o seu diagnóstico, essas alterações têm de ser persistentes no tempo e comprometer a funcionalidade da pessoa. A demência com corpos de Lewy é uma causa comum de demência (10 a 15 % dos casos), caracterizada por perda progressiva de funções cognitivas e capacidades motoras, alterações comportamentais, perda de autonomia, com compromisso da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares.

Descrição do caso: Indivíduo do sexo masculino, 74 anos de idade, reformado, antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica (EAM com CABG e bypass coronário), valvulopatia aórtica, DM, HTA e HBP. Quadro de declínio cognitivo significativo com cerca de dois anos de evolução associado a alterações do comportamento, dificuldade na concentração, esquecimentos e períodos de desorientação no tempo e espaço, com conseqüente agravamento progressivo da sua autonomia. Nos Cuidados de Saúde Primários foi referenciado para consulta de Neurologia e Psiquiatria, tendo sido diagnosticado com provável síndrome demencial por Demência com Corpos de Lewy. Agravamento rapidamente progressivo do quadro, períodos em que não reconhecia os familiares próximos, apresentava atividade alucinatória visual, sono muito agitado, ideias delirantes (delírio de ciúme), com episódios de heteroagressividade verbal e física. Discurso desadequado, repetitivo e delirante que se traduz num quadro psicopatológico pouco estável mesmo com os vários ajustes psicofarmacológicos. Várias intercorrências por surtos psicóticos, onde apresentava comportamento violento com os familiares, tendo sido avaliado em contexto de serviço de urgência Psiquiátrica com necessidade de dois internamentos compulsivos para estabilização psicopatológica e comportamental em fase de agudização da síndrome demencial.

Discussão: A abordagem da demência constitui um desa-

fio na nossa prática clínica. No caso anteriormente descrito, salienta-se a importância da abordagem multidisciplinar e o importante papel do médico de família na ponte e gestão clínica com o seguimento hospitalar, com a família e com os recursos existentes na comunidade. Com o envelhecimento populacional é fundamental uma maior rede de apoio e respostas sociais para doentes e cuidadores, bem como a sua integração precoce, de forma a promover o bem-estar, minimizar o sofrimento e adequar o melhor tratamento.

PD 197

O COPO SEMPRE MEIO CHEIO. A TRANSBORDAR!

Alexandra Ramos Rodrigues¹; Carlos Pedro Mendes¹;
Delfim Teixeira¹; Rui Lobo¹; Soraia Osório¹

¹USF João Semana

Introdução: A fronteira entre diversos diagnósticos diferenciais psiquiátricos é ténue. O exemplo das perturbações do humor, das quais saliento a hipertimia, demonstra a dificuldade diagnóstica destas patologias.

Descrição: Homem de 69 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Está reformado e vive sozinho.

Recorre pela primeira vez à consulta para pedir uma avaliação global de saúde. Encontrava-se com aspeto desleixado, mas confiante. Usava um tom de voz elevado, uma cadência acelerada e frases incompletas, por aparente fuga de ideias. Respondia às perguntas dirigidas, mas rapidamente abordava efusivamente outros temas, partilhando o seu gosto pela leitura e por antiguidades. Dizia encontrar verdadeiras relíquias no lixo, que acumulava na sua casa. Não trabalhava há muitos anos. Negou hábitos tabágicos e toxicómanos. Referia que raramente consumia álcool. Durante a consulta foi evidente a sua facilidade em socializar e a sua auto-estima elevada, descrevendo múltiplos casos amorosos. Foi agendada nova consulta a breve prazo por suspeita de perturbação psiquiátrica. Regressou extrovertido e desinibido no seu diálogo. Mantinha a energia excessiva e dizia “nunca se ter sentido em baixo na vida” (sic) e que se sentia um jovem. Mencionava grandes projetos para o futuro, sempre muito positivo. Em consultas subsequentes mantinha este seu estado, que familiares próximos descreviam como “tendo sido sempre assim” (sic). Sendo este o seu estado de humor constante e que o impediu de ter um emprego estável ao longo da vida, afetando a sua integração na sociedade, ponderou-se a hipótese diagnóstica de hipertimia.

Conclusão: A hipertimia, sinónimo de “maior intensidade emocional”, consta como perturbação do humor, apesar de não ser mencionada no DSM-5. Consiste em excessiva energia, entusiasmo, pouca necessidade de dormir, positi-

vidade em grande medida, desinibição sexual, fácil socialização e disrupção de normas sociais. Este caso relatado personifica esta descrição.

Há estudos que revelam que pode existir uma estreita relação entre a hipertimia e o transtorno bipolar ou a ciclotimia. Neste caso, não existe ainda evidência que nos direcione nesse caminho, mas é importante manter seguimento em consulta e reavaliar recorrentemente a necessidade de intervenção, tanto terapêutica, como de referência a atempada a consulta especializada.

PD 198

TRATAR OU NÃO TRATAR? A FAMÍLIA E A VONTADE DO DOENTE

Sofia Machado¹; Joana Carvalho¹; Flávia Moreira¹

¹USF Cuidar

Introdução: A decisão partilhada é ponto assente na prestação de cuidados de saúde. Contudo, tal premissa pode ser posta em causa em determinados contextos como na presença de quadros demenciais. A família toma um especial papel no cuidado e gestão do doente, sendo muitas vezes o médico de família o ponto de ligação e facilitador do diálogo. Este é capaz de fazer o diagnóstico precoce, orientação e acompanhamento do doente e sua família, sendo a articulação com os cuidados de saúde secundários (CSS) uma ponte na resolução do caso de seguida exposto.

Descrição: Doente do sexo masculino, 62 anos, natural e residente em Rio Meão, casado e reformado (ex – motorista). Antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar em 2005, enfarte agudo do miocárdio com encefalopatia anóxica pós paragem cardiopulmonar em 2015, hipertrofia benigna da próstata e dislipidemia. Ex- fumador (40 UMA). Detentor de atestado médico de incapacidade multissucessivo definitivo com 90% incapacidade, sendo dependente nas AVDs. Recorre à sua MF acompanhado pela esposa por queixas de tosse progressiva. Esta última refere que o utente apresenta por vezes “uma respiração estranha” (sic), sem outros sintomas acompanhantes. Quando questionado sobre dispneia o utente nega referindo apenas tosse produtiva com vários meses de evolução. É pedido estudo analítico (EA), raio-x de tórax e eletrocardiograma. 1 semana após a consulta, a clínica de imagiologia faz chegar à USF via e-mail o resultado do raio-x de tórax com caráter urgente: “Massa pulmonar para hilar à direita - a melhor caracterizar por TC pulmonar.” É contactado o utente, explicados os resultados e pedida TC pulmonar urgente. Esta revela “no lobo superior direito, em localização perihilar, lesão nodular sólida de contornos lobulados com 53x52 mm, altamente suspeita de neoplasia.” Em decisão partilhada com o

utente e esposa, é feito o seu encaminhamento para o IPO do Porto. Ao longo do seu acompanhamento é solicitada a realização de broncofibroscopia (BFC) e PET para completar o estadiamento. À data da BFC o utente apresenta comportamento agressivo sendo impossível de realizar a técnica. É feita nova marcação de BCF sob sedação e pedida consulta de Psiquiatria. Em consulta de reavaliação com a sua MF o utente refere não querer qualquer tratamento tendo recusado realizar todos os exames pedidos a nível hospitalar. É aplicado o Mini Mental State Examination com pontuação de 19 e marcados défices na evocação e funções executivas. É avaliado em consulta de psiquiatria cuja impressão diagnóstica remete para uma síndrome demencial após encefalopatia anóxica. Nesta consulta é incentivada a esposa a dar início ao processo de interdição/inabilitação do utente. Este mantém seguimento hospitalar acabando por realizar estudo adicional que confirma o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, sendo considerado sem condições para tratamento oncológico dirigido uma vez que não colabora na realização de exames e outros procedimentos. A situação foi discutida com a filha que concorda e aceita a referenciação para cuidados paliativos. Embora o processo de interdição tenha sido concluído, foi da vontade do utente e sua família manter apenas cuidados de suporte.

Conclusão: O presente caso representa a importância do MF não só no diagnóstico precoce, mas especialmente na gestão do doente como um todo. O seguimento do doente no seio da sua família, em articulação com os CSS, permitiu uma tomada de decisão difícil, mas de forma informada e consciente. O olhar holístico do MF e a abrangência permitida pela avaliação multidisciplinar do utente permitiram a prestação dos melhores cuidados de saúde, reforçando a importante relação triangular médico-utente-família. Deste caso decorre também a relevância da prevenção quaternária, devendo esta prevalecer em detrimento de qualquer outra opção diagnóstica ou terapêutica, segundo o princípio hipocrático: *primun non nocere*.

PD 199

DISTROFIA MUSCULAR OCULOFARINGEA – A HERANÇA FAMILIAR NO DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA

Filipa Duarte Silva¹; Rita P. S. Medeiros²; João Brás³

¹USF Cuidar Saúde; ²USF Marginal; ³USF São João Evangelista dos Lóios

A distrofia muscular oculofaríngea (DMOF) é uma miopatia rara, lentamente progressiva, caracterizada por envolvimento muscular ocular e faríngeo, apresentando-se tipicamente com ptose, disartria e disfagia. As manifestações iniciam-se habitualmente entre a quinta e sexta décadas de

vida, não existindo atualmente tratamento curativo.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, raça caucasiana, com 75 anos de idade, autónomo nas atividades de vida diária, com história clínica conhecida de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, gastrite crónica e litíase renal, já submetido a blefaroplastia bilateral para correção de ptose em 2010.

Em 2018, recorre a consulta com o médico assistente por queixas de disfagia com agravamento progressivo, pior para líquidos, acompanhada de disфонia, com alguns meses de evolução. Quando questionado, referiu ainda que alguns familiares (pai, avô, tio e irmão) apresentavam queixas semelhantes e que o irmão teria falecido por asfixia.

No exame objetivo, destacava-se a presença de blefaroptose bilateral, diplegia facial, disartria e disфонia, sem outras alterações. O doente foi encaminhado a consulta de Neurologia tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de DMOF. Realizou estudo genético que se revelou positivo para a alteração do gene PABPN1. Foi assim encaminhado para consulta de nutrição artificial onde, por risco iminente de asfixia, foi colocada gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), com subsequente recuperação de peso. Atualmente o doente encontra-se estável, tendo conhecimento do prognóstico da doença.

Discussão: A DMOF é uma doença genética com padrão predominantemente autossómico dominante, em que há uma expansão repetida do trinucleotido GCN no primeiro exão do gene PABPN1. Diferencia-se de outras distrofias musculares por afetar sobretudo os músculos oculares e faríngeos. As manifestações surgem entre a quinta e sexta décadas de vida, com envolvimento dos assimétrico dos músculos elevadores da pálpebra. Posteriormente desenvolve-se fraqueza extraocular progressiva. Na ausência de intervenção, a ptose palpebral poderá culminar em oclusão ocular e a disfagia poderá levar a casos de desnutrição grave e mesmo morte. Trata-se de uma doença progressiva e incurável. O tratamento é essencialmente de suporte, podendo incluir intervenções como a blefaroplastia para correção da ptose, alimentação artificial e até a cricotomia, em casos extremos.

Tendo em conta a evolução e padrão de hereditariedade será importante envolver a família precocemente no seguimento do doente, explicando o prognóstico e sugerindo a avaliação genética.

PD 200

DIPLOPIA COMO PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO DE OFTALMOPATIA ASSOCIADA À TIRÓIDE

Joana Isabel Neto Coelho Joana Isabel Neto Coelho¹; Carolina Pratas¹; Daniel Ferreira¹

¹ACES Loures Odiveelas - USF⁷ Castelos

Introdução: A doença de Graves é um distúrbio endócrino de etiologia imunológica, que afeta principalmente adultos entre os 30 e 40 anos de idade, sendo mais comum nas mulheres. Uma das suas manifestações é a oftalmopatia associada à tiroide, que é uma situação clínica que se caracteriza por um infiltrado inflamatório difuso da órbita, bilateral, assimétrico e que condiciona exoftalmia e edema palpebral, que se pode associar a hiperémia conjuntival, prurido, lacrimejo excessivo, proptose, fotofobia, diplopia e dificuldade na motilidade ocular. Em cerca de 25% dos casos surge concomitantemente com a doença tiróideia, podendo no entanto precedê-la ou sucedê-la com anos de intervalo. Cursa habitualmente com remissões e exacerbações espontâneas, evoluindo de forma independente relativamente à doença da tiroide, habitualmente sem gravidade para o doente, podendo apesar de tudo causar cegueira em 1% dos casos.

Descrição: Utente do sexo masculino, 69 anos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidémia. Referenciado pelo médico de família ao serviço de urgência de oftalmologia por aparecimento de diplopia há cerca de 4 dias associada a olho vermelho e visão turva. Ao exame objetivo, apresentava bilateralmente proptose, mais evidente no olho esquerdo (medição com exoftalmómetro de Hertel - 21 mm no olho direito e 24 mm no esquerdo), retração das pálpebras superior e inferior e ligeira limitação dos movimentos oculares do olho esquerdo para a esquerda e para baixo. Foi efetuada medição da pressão intraocular com valores normais bilateralmente e realizada fundoscopia, não tendo sido observados sinais de neuropatia ótica. Sem alterações aparentes da acuidade visual, sendo esta de 10/10 bilateralmente. Foi pedida TAC dos seios perinasais e do pavimento das órbitas, em que se observou exoftalmia de grau II à esquerda e de grau I à direita com espessamento dos músculos oculares extrínsecos especialmente marcado dos músculos retos inferior, superior e medial e no oblíquo superior à esquerda, aparentemente poupando as respetivas inserções tendinosas, aspetos considerados inespecíficos mas compatíveis com eventual hipertiroidismo de base. Foi ainda pedido estudo analítico, cujo resultado foi compatível com quadro de hipertiroidismo com deteção de anticorpos TRAB positivos de 3940 e tsh. O quadro clínico foi considerado leve, pelo que o utente iniciou terapêutica

com compressas frias e lubrificante ocular diariamente e foi referenciado de forma urgente à consulta de endocrinologia para controlo metabólico.

Conclusão: A oftalmopatia de Graves é uma manifestação ocular que provoca dismorfismo facial se não for tratada, podendo afetar drasticamente a qualidade de vida dos pacientes que sofrem desta patologia, pois afeta a sua imagem corporal e, assim, as suas relações interpessoais. Este caso ilustra a importância de uma avaliação pormenorizada da diplopia, de forma a excluir as suas principais etiologias, sendo por vezes necessários exames de imagem. Este caso consiste numa apresentação atípica e inaugural de doença de Graves num utente que previamente não tinha conhecimento deste diagnóstico.

Destaca-se a importância do médico de família na avaliação e conduta adequada destes pacientes em situação de urgência, os quais devem ser referenciados para o serviço de urgência para uma avaliação pormenorizada analítica e da visão, pois nesta patologia, o diagnóstico precoce é a chave para um tratamento satisfatório do utente, evitando as sequelas físicas e psicológicas associadas. Salienta-se ainda a importância do controlo da inflamação na fase ativa da doença, bem como da cessação tabágica, uma vez que é um dos fatores que aumentam a inflamação perpetuando os sintomas da doença de Graves e uma avaliação analítica anual destes utentes de forma a verificar se a doença se mantém controlada, devendo ser realizada uma avaliação ocular geral e da fácies do utente, de forma a excluir diplopia e exoftalmia.

PD 201

UM OMBRO SUSPEITO

Vanessa Sofia Salvador Nunes¹; Carla Pereira Gomes¹; Elizabeth Pinto¹; Francisca Cardia¹; Joana Carvalho Antunes¹

¹USF Terras de Azurara

Introdução: O exame físico objetivo e estruturado tornou-se amplamente utilizado como método para avaliar a competência clínica, e usando procedimentos adequados é possível construir um exame objetivo que é válido e confiável.

O uso de fotografias para avaliar a mudança é atraente devido a duas vantagens teóricas: ambos os estados são avaliados da mesma maneira, e a mudança pode ser avaliada diretamente em vez de calculada e, portanto, pode ser mais significativa para os médicos.

Descrição: Doente do género feminino, 50 anos, auxiliar num jardim de infância, inserida numa família informal e independente para as atividades de vida diárias. Apresenta com antecedentes pessoais hipertensão essencial e pato-

logia depressiva. Tem como medicação habitual Sertralina 100 1000, Alprazolam 0.5 0001, Lisinopril 5 1000.

A doente vem a consulta por queixas de deformidade a nível dos braços com descida do sulco há cerca de 2-3 anos com agravamento nos últimos meses. Apresenta queixas de dor a nível do membro superior esquerdo com limitação funcional e não realiza trabalho a nível de ginásio/hipertrofia.

No exame objetivo não apresenta assimetrias a nível da morfologia. Sulco a nível dos ombros bastantes pronunciados com hipertrofia a nível do braço esquerdo + direito. Mostra fotografias do ano anterior onde esta deformidade não é visível. Para além dos braços apresenta também uma morfologia com deformidade a nível das coxas. Foi pedido um estudo analítico e ecografia dos tecidos moles. O estudo analítico mostrava alterações a nível do perfil lipídico com valores de triglicéridos > 1000 (valor de 2017 ~300) e anemia macrocítica. A ecografia dos ombros: "A avaliação ecográfica efetuada chamou a atenção a exuberância dos planos tecidulares adiposos subdérmicos a nível da metade proximal de ambos os braços sendo relativamente simétrica. É um dimorfismo do tecido adiposo, que poderá não estar apenas localizada aos braços". Dado a alteração dos valores analíticos foi pedida uma repetição do perfil lipídico e umas análises mais gerais. Nestas análises mantinha hipertriglicéridemia a apresentava anemia macrocítica tendo sido medicada com Ácido fólico + Ferro, 1 mg + 90 mg, Cianocobalamina, 1 mg e Rosuvastatina + Ezetimiba, 20 mg + 10 mg.

Foram retiradas fotografias com a autorização da doente e esta também nos forneceu registos fotográficos prévios. Nestes registos era evidente a acumulação de gordura na região dos braços, coxas e abdominal. Tendo em contas as alterações morfológicas, ecográficas e analíticas foi encaminhada para a consulta de genética médica e endocrinologia que ainda aguarda marcação.

Conclusão: As síndromes de lipodistrofia são distúrbios heterogéneos raros caracterizados por deficiência de tecido adiposo, geralmente diminuição dos níveis de leptina e, frequentemente, anormalidades metabólicas graves, incluindo diabetes mellitus e dislipidemia. A sua identificação através de um exame físico rigoroso e identificação de algo que não nos parece adequado na morfologia dos doentes facilita o seu diagnóstico e posterior encaminhamento.

PD 202

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA – UM DESAFIO DA PRÁTICA CLÍNICA

Maria Romana Salazar¹; Rose Marie Barbosa¹; Ricardo de Albuquerque¹

¹USF Rainha D. Leonor

Introdução: A WHO estima que mundialmente existam cerca de 422 milhões de pessoas com Diabetes mellitus, sendo a terapêutica com insulina necessária a cerca de 69 milhões destas. Para além da sua correta prescrição e doseamento, a técnica de injeção desempenha um papel crucial no controlo glicémico e das complicações da doença, a curto e a longo prazo.

Descrição: Relata-se o caso de uma utente do sexo feminino, 73 anos, com diabetes mellitus tipo 2 conhecida desde 2004, insulino tratada desde 2009, (Hemoglobina A1c de 7,0%), Leucemia Mielóide Crónica BCR ABL +, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Foi avaliada em consulta de doença aguda da Unidade de Saúde Familiar (USF) por quadro com 4 dias de evolução de dor, edema, rubor e calor na região proximal do antebraço esquerdo. Negou febre ou trauma recente, mas referiu que há cerca de 3 meses havia sofrido queda com conseqüente fratura de D12, que motivou colocação de colete dorsolombar de Jewett. A utente refere que, previamente a este evento administrava insulina na região abdominal, mas que, após a colocação do colete, iniciou diversificação da área de injeção, com predomínio nos antebraços.

Ao exame objetivo apresentava sinais inflamatórios na região proximal do antebraço esquerdo, associados a dor na mobilização do cotovelo ipsilateral. Nesta observação encontrava-se apirética e normotensa e não apresentava exsudados visíveis.

Instituiu-se amoxicilina e ácido clavulânico, 875 mg + 125 mg, 12-12 horas, pelo diagnóstico de celulite, e agendou-se reavaliação na USF, após 3 dias. Realizaram-se os ensinamentos relativamente à correta técnica de administração de insulina, alertando-se para a necessidade de diversificar os locais de punção.

À reavaliação apresentava agravamento do quadro, agora com sinais inflamatórios mais exuberantes e exsudado purulento abundante e zona de flutuação, bem como uma expansão da área envolvida. Mantinha-se apirética, mas apresentava agravamento algíco e limitação da mobilização do cotovelo esquerdo. Negou incumprimento terapêutico. Pelas comorbilidades da utente e ausência de resposta à terapêutica instituída, optou-se por referenciar a utente ao Serviço de Urgência do hospital de referência, para drenagem da lesão e colheita de exsudado. Manteve cuidados de

penso na USF e recuperou sem intercorrências. Após 3 meses, a utente recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar da área de residência por tumefação peri umbilical dolorosa, eritematosa, com cerca de 10 cm de maior eixo, com flutuação, sob tensão. À anamnese a utente referiu atualmente administrar insulina nesta região. Realizou TAC abdominal e posterior drenagem do conteúdo da lesão que foi enviado para cultura (Cocos Gram positivos- *Granulicatella adiacens*). Teve alta medicada com amoxicilina e ácido clavulânico, 875 mg + 125 mg, 12-12 horas, com recomendação para realizar cuidados de penso na USF, tendo-se verificado melhoria do quadro.

Conclusão: A insulino terapia pode estar associada a complicações cutâneas, sendo estas potencialmente minimizadas por uma correta técnica de injeção. São conhecidos os benefícios de uma boa técnica de injeção, procurando-se com este caso clínico sensibilizar os clínicos para a importância de realizar os ensinamentos detalhados e rever periodicamente os locais de injeção e ensinar os doentes a fazer o mesmo, de forma a prevenir, detetar e reconhecer atempadamente anomalias.

PD 203

QUANDO O TEMPO ESCASSEIA – A IMPORTÂNCIA DA REFERENCIAÇÃO PRECOCE AOS CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Catarina Gaspar¹; Vanda Lapão Silva¹; Solange Gomes¹; Romy Mukheiber¹
¹USF Lusitânia

Introdução: De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos são “cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da identificação precoce e avaliação minuciosa da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.” Idealmente, são implementados o mais precocemente possível, visando o apoio às necessidades do doente e da sua família e entes próximos, incluindo não só a fase de doença mas também o acompanhamento na fase de luto. No entanto, muitas vezes a referenciação de casos faz-se tardiamente, com consequente limitação no tempo de intervenção e limitando a delimitação precoce do plano de abordagem e necessidades.

Descrição: Homem, 72 anos de idade, autónomo nas actividades de vida diárias (AVDs), fase VIII do ciclo de Duvall, com antecedentes de epilepsia pós-traumática, fibrilhação auricular anticoagulada com varfarina, hipertensão arterial, dislipidemia e excesso de peso. O doente recorre a consulta

não programada com queixas de hematúria macroscópica, hiporexia e diarreia com cinco dias de evolução, negando outra sintomatologia associada. Ao exame objectivo destacavam-se pele e mucosas descoradas, palpação abdominal com desconforto de forma difusa e análise de urina (Combur) com urina escura, mas sem alterações microscópicas. Fez-se então pedido de estudo analítico e instituiu-se terapêutica sintomática. Transcorridos doze dias, o doente recorre novamente a consulta por persistência de sintomatologia, trazendo as análises feitas em ambulatório nas quais se destacava apenas elevação de ferritina. Ao exame objectivo apresentava-se agora com pele e mucosas ictericas e com palpação abdominal dolorosa a nível periumbilical e epigástrico, esboçando defesa. Mantinha ainda hematúria visível e referia dejectões de cor amarela. Foi nessa mesma consulta referenciado à urgência do Hospital da sua área de residência, acabando por ficar internado com o diagnóstico de neoplasia do pâncreas. Desde esse momento, foi referenciado à equipa de Cuidados Paliativos, sendo ainda acompanhado pela equipa comunitária, mas por evolução rápida da doença, com falecimento do doente após dois meses do diagnóstico, não foi possível fazer uma preparação atempada da família nas diferentes fases evolutivas da doença e do luto.

Conclusão: Este caso pretende enfatizar a importância de uma referenciação precoce aos cuidados paliativos, assim como a relevância da interacção e boa comunicação do médico de família com as diferentes equipas intervenientes em cada caso. Os cuidados paliativos não se esgotam no doente e neste caso ante o seu rápido desfecho priorizaram-se as necessidades imediatas do doente no plano avançado de cuidados, no entanto não foi possível responder a todas as necessidades a médio-longo prazo da família, com prejuízo na fase de luto da mesma.

PD 204

SÍNDROME DE SAETHRE-CHOTZEN: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia de Azevedo¹; Tiago da Cunha Costa¹; Luís Pinheiro¹; Alcina Bastos¹
¹USF Hygeia - ACeS Tâmega III

Introdução: A Síndrome de Saethre-Chotzen caracteriza-se por sinostose coronal (uni ou bilateral), assimetria facial, estrabismo e ptose. O desenvolvimento cognitivo é geralmente normal, no entanto, se ocorrer uma grande deleção genómica este pode estar comprometido.

O médico de família, como primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, assume um papel fundamental na identificação precoce de características clínicas sugestivas

de possível patologia do desenvolvimento, pelo que deverá estar atento a sinais no exame clínico que o possam sugerir.

Descrição: ADTG, sexo masculino, 3 anos. Gravidez vigiada nos cuidados de saúde primários, sem intercorrências. Nascimento com Apgar 5/10/10 com necessidade de ventilação assistida. Foi observado na primeira consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários, aos 15 dias de vida, objetivando-se marcada assimetria facial e ocular (semelhante à mãe). Por este motivo, foi referenciado a consulta de pediatria para estudo. Após observação e confirmação das alterações no exame físico, foi referenciado a consulta de oftalmologia e de genética médica, onde se confirmou a mutação genética do Síndrome de Saethre-Chotzen. Foi avaliado por Neurocirurgia pediátrica aos 2 anos de idade, tendo sido submetido a cirurgia de correção da dismorfia craniofacial.

Atualmente, apresenta boa progressão ponderal e desenvolvimento psicomotor adequado à idade, mantendo a vigilância multidisciplinar ao nível dos cuidados de saúde primários e secundários.

Conclusão: O médico de família é o gestor de cuidados de saúde dos utentes. No caso das doenças raras, em especial do caso em apreço, o médico de família assume um papel crucial, não só na identificação precoce, como também no acompanhamento longitudinal, sendo-lhe depositada a confiança dos pais no esclarecimento de dúvidas e questões sobre os procedimentos propostos, bem como na resolução de problemas agudos. Compete também ao médico de família acompanhar e dar o suporte necessário com base nos recursos disponíveis na comunidade, garantindo a continuidade de cuidados.

PD 205

CARCINOMA BASOCELULAR – QUANDO SUSPEITAR

Tatiana Bento¹; Mariana Santos Miranda¹; Wilsa Cardoso¹; Raquel Landeiro¹

¹USF Vale do Sorraia

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna cutânea mais frequente, correspondendo a 70-80% dos casos. Apresenta evolução lenta e é invasivo localmente, mas raramente metastiza. Divide-se nos seguintes subtipos: nodular, superficial (os menos agressivos), morfeiforme/esclerodermiforme, micronodular, infiltrativo e metatípico (mais agressivos). O CBC esclerodermiforme é menos comum e dos mais agressivos, com destruição local. O CBC é mais frequente em áreas fotoexpostas, nomeadamente na face e couro cabeludo. Alguns dos fatores de risco para esta neoplasia cutânea são idade avançada, exposição solar crónica, fototipo baixo, exposição a radiação ionizante,

entre outros. Uma lesão suspeita é uma lesão que tem anos de evolução, causa comichão e dor, e evolui com formação de crosta, erosão e períodos de sangramento. Alguns dos sinais de alarme para neoplasia cutânea maligna são: lesão que aumenta de tamanho, com bordos irregulares, que sofre mudanças de cor ou textura. Estas lesões devem ser referenciadas para Dermatologia para investigação e tratamento.

Doente do sexo masculino, 82 anos, reformado, ex-agricultor, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial (HTA) e acidente vascular cerebral, medicado com perindopril 10 mg + indapamida 5 mg, metformina 1000 mg e gliclazida 30 mg. Veio a consulta programada de DM2 e HTA e referiu “ferida” no dorso do nariz com vários meses de evolução, que associa a traumatismo recorrente pelo uso de óculos. Referia que a ferida apresentava períodos de hemorragia intercalados com cicatrização quase completa, com crosta, mas nunca cicatrizava completamente. Ao exame objetivo, observa-se lesão no dorso do nariz com 1 cm de diâmetro, bordos irregulares, sangrante, com zonas em crosta. Por suspeita de neoplasia cutânea foi reencaminhado para consulta de Dermatologia. Foi realizada biópsia da lesão que revelou tratar-se de carcinoma basocelular esclerodermiforme no ângulo interno do olho direito e vertente nasal. Foi inscrito para excisão da lesão mas, quando recebeu o agendamento, o utente desistiu uma vez que, segundo a filha, sente-se bem e sem queixas.

Com este caso clínico pretende-se alertar para a importância de estarmos atentos a lesões cutâneas que possam ser suspeitas de neoplasia cutânea maligna. Muitas vezes os doentes desvalorizam estas lesões, pois já têm anos de evolução e nunca lhes causaram qualquer problema. Portanto, o papel do médico de família ao alertar para os sinais de alarme a que os doentes devem estar atentos se houver alteração de um nevo ou para lesões que não cicatrizem é fundamental, bem como ao explicar os cuidados para evitar o desenvolvimento destas lesões.

PD 206

BURNOUTCSP: SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Carlos Reis¹; Ana Catarina Araújo²; Ana Isabel Silva²; Diana Rodrigues³; Marta Duarte Gomes⁴; Miguel Rebelo⁵; Raquel Reis Lima⁶

¹USF Sete Caminhos, ACES Gondomar; ²USF Nova Salus, ACeS Gaia; ³USF Nova Mateus, ACeS Marão e Douro Norte; ⁴USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I; ⁵UCSP Macedo de Cavaleiros, ULS Nordeste; ⁶USF Lagoa, ULS Matosinhos

Introdução: Com a pandemia COVID-19, os Cuidados de Saúde Primários foram reestruturados exigindo adaptação dos profissionais às novas funções além das habituais e conduzindo a um maior stress e desgaste. As exposições prolongadas às condições anteriores predispõem à Síndrome de Burnout que se define pela presença concomitante de 3 dimensões: exaustão emocional alta, despersonalização alta e baixa realização profissional.

Objetivos: Caracterizar as condições às quais os profissionais estiveram expostos durante a pandemia; Quantificar a Síndrome de Burnout e correlacionar com variáveis socio-demográficas e laborais.

Materiais e métodos: Estudo transversal, observacional e descritivo com componente analítica, em profissionais dos Cuidados de Saúde Primários de Portugal, que decorreu entre abril e junho de 2021. Foi enviado um formulário online Google Forms[®] de resposta anónima, composto por perguntas relativas a variáveis demográficas e profissionais assim como o Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey, validado para português europeu. A análise estatística foi realizada no IBM[®] Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)[®] Statistics versão 27 (2020). Foram excluídos os participantes que não mencionaram um local de trabalho válido. Foram calculadas frequências, medianas e intervalos interquartis para cada variável assim como a frequência e intervalos de confiança de cada dimensão e da Síndrome de Burnout. Foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney para detetar correlações. Foi definido um valor de p de 0,05. O estudo teve parecer favorável da comissão de ética da ULS Matosinhos.

Resultados e conclusões: Foram recebidas 1588 respostas das quais 154 foram excluídas por não mencionarem local de trabalho, perfazendo 1434 respostas válidas e a uma taxa de resposta de 5,83%. A maioria dos profissionais trabalhou durante fins-de-semana ou feriados e horas extraordinárias, assim como foram destacados para outros polos associados à gestão da pandemia. Um terço não foi renumerado por horas extraordinárias ou incómodas. Metade dos profissionais foram vítimas de agressão verbal ou

física. A maioria discordou que tivesse suficientes recursos humanos e metade discordou que tivesse suficientes materiais.

A prevalência da Síndrome de Burnout foi de 20,4% (intervalo de confiança a 95% [18,3%;22,5%]). Os médicos especialistas foram os mais afetados (24,0%), seguidos dos enfermeiros (20,6%) e depois os secretários clínicos (17,5%) e os médicos internos (12,6%). A Síndrome de Burnout foi significativamente mais prevalente nos participantes que sofreram agressão física ou verbal ($p < 0,001$) e que foram destacados para Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios ($p=0,011$) ou polos de vacinação ($p=0,032$). Os participantes com Síndrome de Burnout discordaram significativamente mais de que detinham os recursos humanos ($p < 0,001$) e materiais necessários ($p=0,006$). Também foram encontradas outras associações entre as dimensões da Síndrome de Burnout nomeadamente com idade de serviço, sexo, região, número de inscritos nas unidades funcionais, trabalho durante os fins-de-semana ou feriados, horas extraordinárias e respetivo não pagamento. No presente estudo presenciou-se uma maior prevalência da Síndrome de Burnout comparativamente a estudos prévios (4,5% a 5,7%) com moldes e critérios diagnósticos similares fora do contexto de pandemia. A pandemia COVID-19 é uma possível justificativa para o incremento detetado, corroborado pelas associações encontradas com variáveis específicas da pandemia e pelo processo fisiopatológico expectável já descrito em literatura.

PD 207

DPOC – REALIDADE DE UMA UCSP EM TEMPO PANDÉMICO

Jorge Bruno Pereira¹; Alexandra Soares¹; Román Márquez¹
¹UCSP S. Miguel

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença caracterizada por uma obstrução persistente a nível brônquico, parcialmente reversível, com períodos de agudização e consequente deterioro da função pulmonar e qualidade de vida. É responsável por 3 milhões de óbitos anualmente, sendo a 4^a causa de morte a nível mundial. Segundo dados da Direcção Geral de Saúde de 2013 existiam cerca de 100 mil utentes com diagnóstico ativo de DPOC a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), cerca de 0,88% do total.

Objetivo: Determinar a prevalência da DPOC nos utentes em idade adulta com Médico de Família na UCSP S. Miguel e sua distribuição por sexo, grupo etário e realização de espirometria nos últimos 3 anos.

Metodologia: Elaborou-se um estudo descritivo e transver-

sal com dados colhidos da plataforma MIM@UF à data de 30 de dezembro de 2021. Os dados obtidos foram tratados com recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Do total dos 239 utentes com diagnóstico de DPOC, 153 pertencem ao género masculino e os restantes 86 ao género feminino. Deste total, 166 apresentam idade igual ou superior a 65 anos e apenas 90 tinham uma espirometria realizada nos últimos 3 anos.

Em relação à terapêutica, 48 utentes não realizam qualquer terapia, 57 estão a realizar monoterapia, 112 estão a realizar terapia dupla (dos quais 48 sob corticoterapia inalada) e 22 realizam terapia tripla.

Discussão: Dos 14403 utentes com Médico de Família atribuído na UCSP S. Miguel, apenas 239 apresenta o diagnóstico de DPOC (1,66%). Este valor é claramente inferior à prevalência estimada pela DGS (5,3%). Esta disparidade de valores pode dever-se a uma codificação incorreta ou deficiente pelo que deve ser implementado um protocolo de qualidade para redefinir a estratégia da UCSP na abordagem aos utentes suspeitos desta patologia.

PD 208

PERFIL DAS INTOXICAÇÕES EM PORTUGAL, 2021 – CASUÍSTICA DO CIAV

Maria Filomena da Silva Lopes Carichas¹;
Maria de Fátima Lopes Cordeiro Rato¹; Álvaro Tavares Antunes¹;
Maria Teresa Teixeira Rodrigues¹; Margarida Machado Gil¹
¹CIAV/INEM

Introdução: As intoxicações constituem um importante Problema de Saúde Pública. A Organização Mundial de Saúde estima que, em 2016, as intoxicações não intencionais causaram 106.683 mortes e a perda de 6,3 milhões de anos de vida saudável (anos de vida ajustados por incapacidade) 1. Nas últimas décadas houve uma expansão do número de centros de intoxicação por todo o mundo, associado ao aumento progressivo do número de intoxicações, assegurando uma resposta especializada no diagnóstico e tratamento. Em Portugal o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) foi criado em 1982 no INEM. Único no País, com uma cobertura nacional, o CIAV funciona ao longo das 24h/7d, sendo o serviço assegurado por pessoal médico especializado, disponível através de uma linha telefónica exclusiva e gratuita (800 250 250). Presta todo o tipo de informações, a profissionais de saúde ou ao público em geral, referentes a intoxicações agudas ou crónicas, relativas ao diagnóstico, quadro clínico, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos. Colabora ainda em ações de formação, desenvolve medidas de prevenção e, com base na informação disponível e permanentemente atualizada, presta apoio

na elaboração de estudos, trabalhos de investigação ou de análise estatística dos mais variados produtos no panorama das intoxicações em Portugal.

Objetivos: Sensibilizar os profissionais de saúde em geral em particular dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), para a importância do contacto precoce com o CIAV na abordagem do intoxicado; evidenciar o perfil das intoxicações em Portugal, as causas evitáveis e o papel fundamental dos profissionais de saúde na redução do impacto negativo na saúde da população.

Material e métodos: Foi feita a recolha e análise descritiva dos dados relativos às consultas telefónicas recebidas entre 01/01/2021 e 31/12/2021, sendo as variáveis incluídas: origem do contacto com o CIAV, tipo de intoxicado, circunstâncias da intoxicação, principais produtos envolvidos e orientação dada.

Resultados: Das 24.400 consultas recebidas, 28,88% foram via 112, 24,88% do domicílio, e 25,90% de unidades de saúde, das quais apenas 1,39% dos CSP. 63,22% das consultas envolveram adultos, dos quais 62,80% do sexo feminino. Relativamente às crianças, salienta-se uma prevalência de intoxicações em idades inferiores a 5 anos de idade (62,12%), sendo, no entanto, de notar o número crescente de ocorrências na faixa etária entre os 10 e 17 anos. A maior parte das consultas (62,45%) resultou de uma exposição não intencional e, entre estas, 25,02% resultaram de erros terapêuticos, tendo envolvido na sua maioria crianças e adultos acima dos 70 anos de idade. Dos medicamentos ingeridos, 62,34% são medicamentos pertencentes à classe do Sistema Nervoso Central. Entre as consultas envolvendo produtos químicos, a líxivia representou 16,07% das exposições; no grupo dos biocidas os desinfetantes utilizados na higiene humana tiveram maior expressão nas crianças, enquanto nos adultos os fitofarmacêuticos representaram a maioria dos casos. No momento do contacto com o CIAV, 49,48% apresentavam sintomas e destes a maioria ligeiros. Em 47,75% dos casos foi possível resolver a situação sem necessidade de recorrer a uma Unidade de Saúde.

Conclusões: A evidência destes dados permite alertar para a importância do papel dos profissionais de saúde na prevenção das intoxicações, particularmente em grupos de risco como o das crianças e idosos, e ainda para o papel na orientação atempada de forma a reduzir o número de referenciações hospitalares. Revela-se determinante a implementação de medidas de educação para a saúde, nomeadamente na área de utilização de medicamentos e nos cuidados a ter no manuseamento de produtos de utilização doméstica. Na presença de uma exposição estabelecida o

contacto precoce com o CIAV pode permitir a adoção de medidas atempadas e específicas, minimizando potenciais consequências para a saúde da população.

PD 209

INTERVENÇÃO BREVE NOS UTENTES FUMADORES – UMA REALIDADE A MELHORAR

Rafaela Sousa¹; Ana Raquel Madeira¹; Ana Celeste Silva¹; Inês Pinheiro¹; Clarisse Aguiar¹; Raquel Rosa¹

¹USF São Domingos

Introdução: O relatório «Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017», apresentado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), revela que morreu uma pessoa a cada 50 minutos, em Portugal, em 2016, por doenças atribuíveis ao tabaco. O papel do médico de família junto do utente fumador é a oportunidade de realizar uma intervenção breve (cerca de 5 minutos) em ambiente de consulta de medicina geral e familiar, que consiste numa abordagem de curta duração em que é apurado o consumo de tabaco e a motivação para parar de fumar. Numa Unidade de Saúde Familiar, entre Janeiro de 2020 e Dezembro de 2020, apenas a cerca de 5% do número total de fumadores foi realizada pelos profissionais de saúde uma intervenção breve ou muito breve no sentido de apurar a vontade de parar de fumar.

Objetivo: Avaliação e melhoria da qualidade do registo do aconselhamento breve ou muito breve na população de fumadores, após implementação de medidas corretoras, numa unidade de saúde familiar.

Metodologia: Dimensão: qualidade técnico-científica. Unidade de estudo: utentes com codificação P17 inscritos na unidade. Tipo de dados: processual. Fonte: SClinico® e MIM@UF®. Registo/ Tratamento: Microsoft Excel 2010®. Avaliação: interna, inter pares, retrospectiva. Critérios de qualidade: cumprimento do ID397 e ID398. Padrão de qualidade: com base na taxa dos registos da intervenção breve e muito breve em muito bom (75% a 100%), bom (50% a 75%), razoável (15-50%) e insuficiente (< 15%). Medidas corretoras: formação aos profissionais da unidade de saúde que incidiu sobre cessação tabágica e intervenção breve e/ou muito breve. Foram realizadas 2 avaliações, 1ª em janeiro 2021 (prévia à aplicação das medidas corretoras), 2ª em janeiro 2022 (posterior à aplicação das medidas corretoras).

Resultados e conclusões: Na primeira avaliação, em janeiro 2021, apenas 5% da população fumadora tinha registo de intervenção breve ou muito breve no último ano. Na população de mulheres grávidas fumadoras, nenhuma delas tinha registo de aconselhamento. Na segunda avaliação, em janeiro 2022, 39% de todos os fumadores já

tinha registo de uma intervenção por parte do médico ou enfermeiro. Nas mulheres grávidas, 43% tinha registo de aconselhamento breve.

Pelos resultados apresentados, acredita-se que a sensibilização e formação corretas dos profissionais de saúde, nomeadamente da equipa médica e de enfermagem, foram essenciais à obtenção de melhores resultados. Há, no entanto, ainda uma grande margem para melhoria no âmbito do aconselhamento breve dos utentes fumadores, visto ser uma das áreas em que a equipa de família desempenha um papel importante - a promoção de hábitos de vida mais saudáveis e a prevenção de doenças com elevada morbimortalidade, como a doença pulmonar obstrutiva crónica ou a neoplasia do pulmão.

PD 210

A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) NO CONTEXTO ESCOLAR – TODOS PODEMOS SALVAR VIDAS!

José Filipe Morim de Sá Moreira¹; José Pedro Vieira¹; Madalena Santos¹

¹UCSP MIRA

Introdução: O Suporte Básico de Vida (SBV) é um conjunto de procedimentos que tem como objetivo a recuperação da vida de uma vítima de paragem cardiorrespiratória (PCR), até à chegada de ajuda especializada.

A pandemia COVID-19 exigiu um ajuste nos procedimentos de SBV com vista a minimizar o risco de contágio (Orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação).

A “Cadeia de Sobrevivência” envolve uma sequência de procedimentos e atitudes que, quando desencadeados de forma adequada e eficaz, aumentam a possibilidade de sobrevivência de vítimas de paragem cardiorrespiratória: 1) alerta precoce: ligar 112; 2) início precoce de suporte básico de vida; 3) desfibrilhação precoce; 4) Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce.

Objetivos: O curso de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa (DAE) visa permitir a aquisição de competências que permitam executar corretamente as manobras de SBV em situações de PCR: 1) Compreender a cadeia de sobrevivência; 2) Executar o algoritmo de SBV e a posição lateral de segurança; 3) Auxiliar uma vítima de obstrução de via aérea; 4) Compreender a aplicabilidade e utilizar adequadamente um DAE.

Pertinência: Qualquer pessoa pode e deve aprender as manobras de SBV, com especial importância para a comunidade escolar (alunos, professores e auxiliares de ação educativa), uma vez que no seu dia-a-dia podem ser confrontados com diversas situações de emergência que exigem

uma resposta rápida e adequada. A formação em SBV é o melhor caminho para a prevenção, sendo a escola um excelente local para a aprendizagem da mesma, enquanto ato de cidadania. A Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que “é importante que a Escola disponha de um local próprio para primeiros socorros e que a maioria dos profissionais de educação possua formação em SBV”. Recentes Resoluções da Assembleia da República (262/2021 e 164/2019) recomendam a instalação de desfibriladores automáticos externos (DAE) em todos os recintos desportivos e escolas e o reforço da formação em suporte básico de vida.

Descrição: Sessões formativas teórico-práticas em Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa (SBV/DAE) dirigidas à comunidade escolar de um estabelecimento de ensino público, com duração de 3 horas em contexto de simulações práticas de casos clínicos com a realização de manobras SBV e procedimentos perante obstrução da via aérea.

Discussão: Verificou-se que a grande maioria dos elementos da comunidade escolar não estão preparados para lidar com este tipo de ocorrências, desconhecendo muitas vezes como prestar devidamente os primeiros socorros. A elevada participação por parte da comunidade educativa, que reconheceu previamente a necessidade de formação, foi superada pela realização de simulações e interação teórico-prática que permitiu uma dinâmica interativa e entusiasmo na resposta às questões e esclarecimento das dúvidas. Estas sessões demonstraram-se fundamentais para a formação e capacitação da comunidade escolar. No contexto da pandemia COVID-19 e face às orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação, os procedimentos de SBV foram revistos com vista a minimizar o risco de contágio, sendo recomendado a não realização das ventilações e a manutenção das compressões torácicas ininterruptas até chegada da ajuda especializada.

PD 211

A VITAMINA B12 NO TRATAMENTO DA NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: QUAL A EVIDÊNCIA?

Rita Carvalho Pereira¹; Tânia Caseiro²; Mariana Garcia Rodrigues¹; Bárbara C. Barbosa¹; Tânia Coelho¹; Tiago Santos¹; Ana Cristina Moura¹

¹USF VitaSaurium; ²USF Mondego

Introdução: O Herpes Zoster (HZ) resulta da reativação do vírus da varicela latente nos gânglios sensitivos, cursando frequentemente com dor no dermatótopo afetado. A neuralgia pós-herpética (NPH) é das complicações do HZ que condiciona maior morbidade, e com isso afetando gravemente a qualidade de vida dos doentes. Embora haja uma

variedade de terapêuticas disponíveis, como anestésicos tópicos, gabapentina, pregabalina, antidepressivos tricíclicos, analgésicos opióides, muitos pacientes permanecem com uma redução da dor insatisfatória e vão sofrendo com os efeitos adversos dos fármacos. Pela sua ação neurotrófica, a vitamina B12 parece ser útil no tratamento complementar da dor associada a neuropatias periféricas, como a NPH.

Objetivos: Avaliar a eficácia da vitamina B12 como adjuvante no tratamento da NPH, atendendo ao conhecimento científico atual.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas, *guidelines* e ensaios clínicos randomizados e controlados, publicados entre 2011 e 2021, nas bases de dados MEDLINE/*Pubmed*, Cochrane e NICE, utilizando os termos MeSH “Vitamin B12” e “Neuralgia, Postherpetic”, disponíveis nas línguas portuguesa e inglesa. A literatura foi avaliada e aplicada a escala de evidência *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT) utilizando o PICO (P – pacientes com NPH; I – administração de vitamina B12; C – não medicados com vitamina B12; O – redução da dor).

Resultados e conclusões: Da pesquisa bibliográfica obteve-se 15 artigos disponíveis, dos quais 7 artigos foram incluídos nesta revisão (4 ensaios clínicos, 2 revisões sistemáticas e 1 metanálise). Foram excluídos por 4 estudos repetidos entre as bases de dados utilizadas e outros 4 artigos por não se enquadrarem com a questão da revisão. Tendo por base os estudos incluídos nesta revisão, a administração de vitamina B12 demonstrou melhorar a qualidade de vida de pacientes com NPH com moderada evidência. Contudo, espera-se futuramente existam estudos com amostras maiores e com desenhos de estudo focados nas diferentes fases da dor herpética, bem como em diferentes dosagens e vias de administração da vitamina B12.

PD 212

VAMOS PREVENIR: AS AVENTURAS DO BÚZIO E DA CORAL

António Assunção¹; César Matos²; Ana Maria Pinto³; Ana Rebelo⁴; Pedro Vaz¹; Carla Gomes¹

¹USF Viriato; ²UCSP Táboa; ³USF Braga Norte; ⁴USF Cidade Jardim

Introdução: Entre 2016 e 2018, foram registados em Portugal 2752 crimes de abuso sexual de menores. Devido a esta prevalência e ao impacto nas vítimas, famílias e comunidades, quer a curto quer a longo prazo, foi criado o jogo “Vamos Prevenir: as Aventuras do Búzio e da Coral”, um jogo didático destinado à análise do tema do abuso sexual junto das crianças. Em Viseu este projeto foi dinamizado

pela Comissão de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ), contando com a colaboração de voluntários das áreas da educação, psicologia e saúde.

Objetivos: Este jogo visa aumentar os conhecimentos das crianças sobre situações potencialmente abusivas e promover um conjunto de competências específicas que lhes permitam lidar mais eficazmente com as mesmas. Destina-se a crianças entre os 6-10 anos, por ser a faixa etária com maior incidência de abuso sexual. Este tipo de projetos tem um enorme impacto na sociedade pelo que se torna essencial divulgar esta experiência.

Material e métodos: / Reflexão / Relato de experiência: Nas turmas escolares abrangidas pelas idades alvo do jogo, foram dinamizadas 3 ações por turma. As crianças foram divididas em grupos de 4-5 elementos, sendo que cada grupo foi acompanhado sempre pelo mesmo voluntário. Antes do início do jogo foi aplicado um questionário a cada criança, de forma a avaliar os conhecimentos prévios sobre o tema, o qual foi aplicado novamente no final das 3 sessões, de forma a medir o efeito do jogo nesses mesmos conhecimentos. Cada sessão teve duração de cerca de 90 minutos e estas foram espaçadas no tempo, para permitir assimilar os conhecimentos. A principal função do voluntário era a de facilitador do jogo entre as crianças, para que fossem elas mesmas a discutir à sua maneira as temáticas abordadas.

Discussão: Durante este projeto foi-nos possível acompanhar várias turmas em diferentes escolas e diferentes contextos, parecendo existir maior conhecimento prévio no meio urbano versus rural. Foi perceptível na nossa intervenção ao longo das sessões o crescimento dos conhecimentos das crianças sobre o tema, nomeadamente, o que constitui uma situação abusiva, os possíveis abusadores e os adultos de referência a quem podem pedir ajuda, entre outros. Para além disso, no desenrolar das ações, foi possível identificar alguns casos de suspeita abusiva, que foram imediatamente sinalizados. Assim, consideramos que este projeto foi uma mais valia na educação desta população vulnerável sobre um tema frequentemente esquecido, dado a natureza e sensibilidade do mesmo.

PD 213

SUPLEMENTAÇÃO COM GINGKO BILOBA NA DEMÊNCIA: QUAL A EVIDÊNCIA

Cátia Vasconcelos¹; Andreia Paulista de Faria²; Rita de Faria¹; António Vilela¹; João Mário Pinto³

¹USF Terras do Ave; ²USF Famalicão I; ³USF Joane

Introdução: O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população ocasionaram um aumento da prevalência de síndromes demenciais. A principal caracte-

rística comum destas patologias é a deterioração da função cognitiva, com interferência na autonomia e independência do doente. Os tipos mais frequentes são a doença de Alzheimer e a demência vascular e a maioria dos casos aparenta ter um componente misto. Os tratamentos disponíveis atualmente têm ainda eficácia limitada, sendo que nenhum impede comprovadamente a progressão da doença. Adicionalmente, os efeitos secundários associados a estas terapêuticas são significativos e, por vezes, impeditivos da manutenção do tratamento. Neste sentido, a Gingko biloba tem surgido como um candidato promissor, não só pelo seu perfil de segurança favorável, mas também pelo facto de possuir substâncias com potencial neuroprotetor.

Objetivo: Esta revisão teve como objetivo resumir a evidência disponível relativamente ao efeito da suplementação com Gingko biloba no tratamento da demência.

Material e métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos e normas de orientação clínica publicadas entre Janeiro de 2011 e Setembro de 2021 nas bases de dados de medicina baseada na evidência, em inglês, espanhol e português, utilizando os termos MeSH "ginkgo biloba" e "dementia". Foi utilizada a *Strength Of Recommendation Taxonomy* (SORT) da American Academy of Family Physician para a classificação do nível de evidência e atribuição de força de recomendação.

Resultados e conclusões: Foram encontrados 37 artigos, sendo que 7 foram excluídos por duplicação ou por inclusão noutras revisões sistemáticas ou meta-análises e 21 após leitura de título/resumo e um artigo após leitura integral. Foram incluídos 8 artigos: 4 meta-análises, 3 revisões sistemáticas, 1 norma de orientação clínica e 1 ensaio clínico randomizado.

A evidência científica parece apoiar a existência de benefício da suplementação com Gingko biloba no tratamento da demência comparativamente com placebo, com principal eficácia no atraso do declínio cognitivo, na impressão clínica global e na redução de sintomas neuropsiquiátricos, se administrada por um período superior a 22 semanas e em dose superior a 200mg/dia. Na maioria dos estudos analisados foi ainda demonstrada uma melhoria estatisticamente significativa da capacidade de realização de atividades de vida diária. Relativamente à qualidade de vida, alguns estudos demonstraram um benefício não significativo da suplementação. A Gingko biloba apresentou, de forma uniforme, um bom perfil de segurança nos doentes com demência, sem diferenças significativas comparativamente com placebo. Quando comparado com outras terapêuticas, o extrato de Gingko biloba não é superior à rivastigmina, nem ao donepezilo, na função cognitiva e a sua associação

a donepezilo não parece melhorar os resultados obtidos. Os estudos publicados na última década demonstram, de forma relativamente uniforme, o potencial benefício da Gingko biloba na melhoria do desempenho cognitivo, comportamental e de atividades de vida diária dos pacientes com demência. A heterogeneidade de alguns estudos, o uso de amostras pouco significativas, o reduzido nível de qualidade de algumas revisões e o uso de diferentes ferramentas de medição de eficácia são fatores limitativos. Mais estudos de boa qualidade e maior robustez científica são necessários para corroborar os benefícios da Gingko biloba no tratamento da demência e para definir o seu valor como terapêutica adjuvante.

Com esta revisão foi possível concluir que a evidência científica parece suportar o efeito benéfico da Gingko biloba no tratamento da demência, se administrada isoladamente e em doses superiores a 200mg/dia durante pelo menos 5 meses, sendo-lhe conferida uma força de recomendação B.

PD 214

ADENOMEGALIA SUPRACLAVICULAR NUM JOVEM ADULTO – RED FLAG

Joana Andrade Glória¹; Inês S. Almeida¹; Leandro Marcolini¹
¹USF Moliceiro

Introdução: Os linfomas podem-se originar de células do sistema imunológico em vários estádios de diferenciação – o que se traduz numa grande variedade morfológica, imunológica e clínica. As neoplasias das células linfoides vão desde as neoplasias mais indolentes até às mais agressivas. Os linfomas subdividem-se em linfomas de Hodgkin (LH) e não Hodgkin. O que os diferencia são as células de Reed-Sternberg, presentes no LH. O LH origina-se de células B e é responsável por 10% de todos os linfomas. Habitualmente é um linfoma indolente, sendo o linfoma mais comum em jovens adultos. Tipicamente manifesta-se como uma adenopatia indolor no pescoço.

Descrição: Em novembro de 2020, uma jovem de 31 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, recorre à consulta aberta por tumefação cervical esquerda, indolor, com aparecimento na primavera e crescimento progressivo no último mês, com desconforto associado. Refere também anorexia, perda ponderal de 5Kg em 4 meses e suores noturnos. Nega febre. Ao exame objetivo destaca-se adenomegalia de 4 cm supraclavicular esquerda, indolor e móvel. Analiticamente apresentava anemia microcítica hipocrômica. Radiograficamente, observa-se deformação do mediastino relacionável com presença de massas intra-mediastínicas. Ecocardiograficamente destacam-se múltiplas formações expansivas sólidas com padrão de volumosas

adenomegalias, na região supraclavicular esquerda, direita e na fúrcula esternal. Perante estes achados, e dada a grande suspeição de doença linfoproliferativa, foi referenciada para a especialidade de hemato-oncologia, onde foi diagnosticado um Linfoma de Hodgkin do tipo Esclerose Nodular, grau 2, Estadio IV B, e iniciou terapêutica quimioterápica. Findo o tratamento sistémico, realizou PET-CT em julho de 2021, que revelou uma resposta metabólica completa. Atualmente mantém-se em vigilância.

Conclusão: O LH tem uma apresentação indolente e clinicamente manifesta-se, mais frequentemente, como uma adenopatia indolor no pescoço. Na apresentação 1/3 dos doentes surge com sintomas B. O médico de família é, muitas vezes, o primeiro a observar o doente no contexto destas queixas, pelo que, perante as "red flags" deve pensar e excluir este diagnóstico. De referir ainda que neste caso em particular os sinais/sintomas terão tido início pelo menos cerca de 6 meses antes do contacto médico, numa altura pandémica, com algumas restrições e inibições no contacto médico presencial. Será que numa época sem estas condicionantes teria havido uma abordagem mais precoce?

PD215

A IMPORTÂNCIA DA INSPEÇÃO NO EXAME DO TÓRAX: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Moreira¹; Diogo Romano¹
¹USF Fénix

Introdução: O melanoma é um tipo cancro cutâneo potencialmente grave, no qual há um crescimento descontrolado de melanócitos (células pigmentares). Representa cerca de 3% das neoplasias malignas, sendo o tipo mais comum em adultos jovens. A exposição à radiação UV, fotótipos I e II, múltiplos nevos melanocíticos adquiridos e história pessoal ou familiar, são alguns dos fatores de risco. Cerca de 20% dos casos desenvolve doença metastática. O presente caso demonstra o papel do médico especialista em Medicina Geral e Familiar, na deteção precoce desta patologia, bem como a importância da orientação adequada dos doentes.

Descrição: Mulher 68 anos, sem antecedentes pessoais e sem medicação habitual, tendo tido o último contacto com os cuidados de saúde há mais de dois anos. Recorre a uma consulta aberta por queda enquanto descia as escadas, no dia anterior, com trauma do hemitórax esquerdo. Dor no tórax esquerdo, sem relação com os movimentos respiratórios. Negava dispneia, síncope, palpitações. Ao exame objetivo, bom estado geral, fototipo tipo II, TAS 139mmHg e TAD 81mmHg, FC 75 bpm, SpO2 98% em ar ambiente. À inspeção do tórax, não apresentava alterações na forma, nem abaulamentos, movimentos respiratórios simétricos. Lesão

cutânea na região dorsal direita, com cerca de 15mm x 12mm, bordos irregulares, assimétrica, policromática. Palpação, percussão e auscultação do tórax sem alterações. Doente foi medicada com paracetamol 1000mg e foi feito pedido urgente de consulta de dermatologia para o hospital de referência. Duas semanas depois, foi observada na consulta hospitalar e feita excisão da lesão. Diagnóstico histológico de melanoma maligno de extensão superficial com regressão, nível Clark II, espessura 0.4mm, sem angioinvasão nem neurotropismo. Apesar de ter sido feita exérese total da lesão, por apresentar margens cirúrgicas lateral e profundidade de 4 e 3mm, foi agendada uma nova cirurgia para alargamento.

Conclusão: O melanoma de extensão superficial é o tumor maligno com origem nos melanócitos mais frequente. A detecção e tratamento precoces, em que existe uma espessura inferior a 1mm, permitem uma taxa de cura superior a 90% dos casos. Assim, é de reforçar a importância da observação dermatológica, sempre que possível, nos diferentes contactos dos utentes com o médico, mesmo que sejam por outros motivos de saúde.

PD 216

É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA HIPERTENSA DEIXAR DE O SER?

Wilsa Eliana Monteiro Cardoso¹; Rute Magalhães, Tatiana Bento¹; Maria Eduarda Costa²

¹USF Vale Do Soraia; ²USF São Domingos

Enquadramento: Discussão de um caso clínico de Tumor Neuroendócrino no íleon terminal como causa de Hipertensão Secundária

Introdução: Tumores Neuroendócrinos Gastrointestinais (TNEG), também chamados de tumores carcinóides gastrointestinais, são neoplasias originadas de células neuroendócrinas. A sua incidência anual é em torno de 8,4/100.000 habitantes, representando 2% das neoplasias gastrointestinais e 0,49% de todos os tumores em geral. Eles podem formar-se em todo o sistema do trato gastrointestinal, sendo o íleon o local de origem mais comum. Diferentes tipos de tumores neuroendócrinos provocam diferentes sinais e sintomas, dependendo da localização do tumor, e se o tumor é funcional ou não funcional. Os tumores neuroendócrinos funcionais são definidos baseados na presença dos sintomas clínicos em função do excesso de secreção hormonal pelo tumor. Os não funcionais não secretam hormonas, podendo produzir sintomas provocados pelo crescimento do próprio tumor.

Descrição: Sexo feminino, 45 anos, caucasiana, com antecedentes de familiar em primeiro grau de Tumor Neuroen-

dócrino no íleon terminal. Sintomatologia ansiosa marcada, episódios de obstipação alternando com dejectões líquidas e dor abdominal há cerca de 2 anos. Refere ainda flutuações na pressão arterial e na frequência cardíaca. Por esses sintomas, recorreu múltiplas vezes ao SU e ao Médico de Família, sendo avaliada e interpretada como Síndrome do Cólon Irritável e Hipertensão Arterial, sendo medicada para a mesma. Por episódio de dor abdominal intensa, recorreu ao SU de hospital privado, tendo realizado TAC abdominal e tendo sido agendada colonoscopia de ambulatório que evidenciou pólipos séssil com 7 mm no íleon terminal removido com ansa diatérmica com aplicação de 2 clips e enviado para anatomia patológica. O resultado da anatomia patológica evidenciou proliferação insular e acinar expansiva constituída por células epitelióides monomórficas, localizada na submucosa e focalmente na mucosa (sinaptofisina+, CD56+), actividade proliferativa (Ki67/Mib1) cerca de 5%. Identifica-se imagem suspeita de angio-invasão-Tumor neuroendócrino (NET, G2). Na sequência foi pedida TAC toraco-abdomino-pélvico para estadiamento e análises que não apresentavam alterações. Perante o exame foi orientada e referenciada pelo médico assistente para consulta no IPO. Proposta para hemicolectomia.

Após a cirurgia a doente tem tido menos episódios de dor e pressão arterial normalizou, tendo sido suspenso o anti-hipertensor.

Conclusão: Tumores Neuroendócrinos são de difícil diagnóstico. Após o início dos sintomas muitas vezes inespecíficos e vagos, o diagnóstico pode atrasar-se, em média, cinco a sete anos. A maioria dos tumores neuroendócrinos é diagnosticada numa fase tardia, muitas vezes já em fase de metastização.

Dependendo da sua localização, os Tumores Neuroendócrinos dão origem a uma grande variedade de sintomas que podem mimetizar outras patologias, como Diabetes, Síndrome do Cólon Irritável, Doença de Crohn, Úlcera Péptica, Gastrite outros distúrbios digestivos, Asma ou Pneumonia. A cirurgia é o único tratamento curativo.

PD 217

O VIÉS “DO HABITUAL”

José Miguel Viana¹; Leonor Troni¹

¹USF D. Jordão

Introdução: A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) é um quadro multissistémico que representa um problema de saúde frequente nos Cuidados de Saúde Primários cuja prevalência tem aumentado devido à pandemia. Assim, é comum assumir-se que sintomas do foro neuropsiquiátrico que reapareçam em doentes já com este diag-

nóstico sejam frequentemente atribuídos à PAG, atrasando assim o diagnóstico e tratamento de eventuais problemas com apresentação inicial idêntica.

Descrição do caso: Um homem de 38 anos, sem medição crônica habitual e com antecedentes pessoais de PAG, vem a consulta de doença aguda a 04/05/2020, já após ida prévia no mês passado ao serviço de urgência, por sensação de lipotímia, tonturas, acufenos, mal-estar generalizado, palpitações e insónia intermédia com melhoria parcial após uma toma de Loflazepato de Etilo. Dado o ECG, a radiografia de tórax e as análises da urgência com hemograma, ionograma, marcadores de necrose de miocárdio, função hepática, renal e tiroideia sem alterações e o exame físico da consulta dentro da normalidade, assumiu-se na consulta o quadro como agudização de PAG com possível somatização. O doente foi medicado com Bromazepam para alívio sintomático e foram pedidos Holter e Ecocardiograma para descartar eventuais causas arritmogénicas paroxísticas ou estruturais cardíacas.

A 07/05 é realizada uma teleconsulta, na qual o doente refere melhoria parcial da sintomatologia com Bromazepam mas com aumento do número de episódios de palpitações pelo que se agenda nova consulta presencial para reavaliação.

Na consulta de 19/05, o utente mantém o quadro prévio, mas agravado de espasmos musculares e cefaleias “com imagens” que se interpretaram como escotomas positivos em contexto de enxaqueca com aura. O exame físico e neurológico sumário assim como o Holter e Ecocardiograma pedidos estavam dentro da normalidade. Dada a manutenção de clínica multissistémica e inespecífica, assume-se como enxaqueca com aura, sendo o utente medicado com analgesia de resgate para a cefaleia e iniciando sertralina para a ansiedade.

Em 30/05/2020, após ter ido a Neurologista particular, o doente foi recomendado a dirigir-se ao serviço de urgência para ser internado no serviço de Medicina Interna, por suspeita de mioclonias do hemicorpo esquerdo com causa estrutural ou desmielinizante subjacente. No internamento, o doente realizou EEG, T.C e RM Crânio e estudo de causas infecciosas que não revelaram alterações, tendo tido alta medicado com anti convulsivantes. Por recorrência de episódios regressa múltiplas vezes à urgência e a 14/06 é encaminhado para um hospital terciário, onde repete RM Crânio que documenta 2 lesões inflamatórias (frontal esquerda e uma temporal póstero-superior direita) que motivam internamento no qual foi diagnosticado com Encefalite Límbica LGI1.

Conclusão: A Encefalite Límbica LGI1 é uma encefalite au-

toimune que se manifesta inicialmente com um espectro de sintomas neuropsiquiátricos iniciais inespecíficos, que podem simular a PAG. Posteriormente, com o avançar da doença e o crescimento das lesões, surge clínica diferenciadora como: crises convulsivas de tipo focal, disfunção cognitiva, alterações da memória e do padrão de sono.

Este caso visa a importância da colocação de diferentes hipóteses diagnósticas, ainda os nossos doentes nos apareçam com queixas semelhantes a episódios prévios. O objetivo é evitar o viés de sermos condicionados pelos antecedentes do utente, evitando assim que se protelem pedidos de meios complementares mais dirigidos e fazendo com que a referenciação hospitalar seja feita precocemente, quando necessário.

PD 218

AVC CRIPTOGÉNICO EM ADULTO JOVEM COM FORAMEN OVALE PATENTE

Teresa Pipa¹; Carla Moreira¹; Fernando Albuquerque¹; Filipe Fernandes¹; Deolinda Cunha¹; Ana Carolina Rodrigues¹
¹USF Lusitana, ACeS Dão Lafões

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) encontra-se entre as três principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, sendo que, em Portugal, é a doença cardiovascular mais mortal. O AVC criptogénico é definido como aquele de causa não claramente identificável, corresponde a 30-40% dos AVC isquémicos, número que pode subir para 50% quando se trata de pacientes mais jovens. A prevalência de foramen ovale patente (FOP) em pacientes com AVC criptogénico é maior do que em indivíduos com AVC de origem conhecida. O foramen ovale é um orifício localizado no septo interauricular, indispensável embriologicamente, pois permite passagem sanguínea da aurícula direita para a esquerda, através da diferença de pressão, encerrando ao nascimento. Contudo, em 25 a 35% da população adulta, o mesmo torna-se patente, gerando uma condição patológica. Pensa-se que alguns AVC criptogénicos possam ser causados por embolia paradoxal num FOP. A maioria dos pacientes com FOP encontram-se assintomáticos, porém os sintomas podem aparecer depois da segunda década de vida. As manifestações clínicas mais comuns são o AVC criptogénico, a enxaqueca com aura mediada pelo shunt persistente e passagem de substâncias vasoativas e humorais, dor de cabeça vascular e doença da descompressão.

Descrição: Utente do sexo masculino, de 39 anos, classe média de Graffar, fase V do ciclo de Duvall, com antecedentes de enxaqueca com aura visual episódica, miopia, estigmatismo, não fazendo medicação habitual. Fumador

de 9,5 UMA, sem hábitos alcoólicos e prática de exercício físico regular (1 hora por dia, 3xs/semana). Em julho de 2017 o utente recorre ao seu Médico de Família, através de um atendimento telefónico, com queixas de parestesias e hipostesias, no hemicorpo esquerdo sem afetação da face, com início nessa manhã, tendo sido orientado para o SU. À entrada do SU, para além das queixas descritas, refere que no dia anterior terá tido início de enxaqueca com melhoria espontânea. Ao exame neurológico no SU não apresentava qualquer alteração, no entanto, dadas as queixas, fez TAC-CE que não mostrou lesão hemorrágica aguda nem lesões isquémicas recentes com envolvimento cortical, definindo-se, no entanto, hipodensidade corticossubcortical cerebelosa superior direita, possível sequela de lesão isquémica em território da artéria cerebelosa ântero-superior. Foi admitido em internamento para estudo tendo-se mantido assintomático. Realizou RMN-CE que confirmou sequela de lesão isquémica em território da artéria cerebelosa ântero-superior. Teve alta medicado com clopidogrel 75 mg id, atorvastatina 10 mg id e abstinência tabágica. Foram excluídas outras causas e o estudo complementar detetou FOP. Teve seguimento em consulta de Doenças Cerebrovasculares e Cardiologia no hospital da área de residência. Em maio de 2019, foi submetido a encerramento do apêndice auricular esquerdo. Atualmente, não faz medicação crónica, não fuma, sem queixas de enxaqueca e já teve alta da consulta de Cardiologia no ano passado, cabendo ao Médico de Família o acompanhamento do utente.

Conclusão: Tendo em conta que a taxa de mortalidade, aos 2 anos, no AVC Criptogénico é de 39% e que a taxa de recorrência não difere da dos AVC por aterosclerose de grandes artérias ou cardioembólicos, esta prevalência apresenta grande significado. É importante a identificação do mecanismo de doença para o tratamento e prevenção secundária mais adequados. O Médico de Família constitui a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde, mesmo em consultas não presenciais, como o Atendimento Telefónico. Para além disso, o Médico de Família irá fazer o acompanhamento deste doente ao nível dos fatores de risco cérebro-cardiovasculares, ao longo da sua vida.

PD 219

QUANDO É DEMASIADO TARDE PARA O RASTREIO ... UM CASO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Sofia M. Mendes¹; Nancy Oliveira¹; Fábio Nunes¹;
Carolina Lemos¹; Joana Albuquerque¹; Gonçalo Magalhães¹;
Sílvia Gomes¹; Tânia Boto¹; Diana Correia¹

¹USF Infante Dom Henrique

Introdução: O cancro do colo de útero (CCU) é a 3^a neoplasia maligna mais comum em mulheres em todo o mundo, continuando a ser uma das principais causas de morte em mulheres, em países em desenvolvimento. Salvo raras exceções, o CCU resulta da infeção genital pelo vírus do Papiloma Humano (HPV).

O CCU é um tumor de crescimento lento, sendo que o tempo entre a lesão inicial e a fase clinicamente detetável é de cerca de 16 anos. Nas fases de invasão franca, os sinais e sintomas mais frequentes são a hemorragia uterina anormal e o corrimento vaginal de com odor fétido.

A deteção de CCU em fases iniciais e de lesões pré-cancerosas é crucial, pois grande parte dos tumores invasivos é curada pela resseção precoce e pelo tratamento eficaz.

A introdução da Vacinação profilática contra o HPV, no Plano Nacional de Vacinação em 2007, em Portugal, apresenta uma das melhores taxas de cobertura vacinal da Europa, representando a Prevenção Primária para esta patologia. Como Prevenção Secundária, existe o Rastreo do CCU, realizado por pesquisa do HPV em meio líquido a mulheres dos 25 aos 64 anos de idade.

Relato do caso: Descreve-se o caso de uma doente de 49 anos, caucasiana. Sem antecedentes patológicos ou familiares relevantes. Pouco frequentadora dos Cuidados de Saúde Primários, sendo que sempre se recusou a realizar o rastreo do CCU. Recorreu ao seu Médico de Família (MF) por um quadro de dor pélvica, associada a dispareunia e corrimento vaginal aquoso, acastanhado e de odor fétido com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo foi evidente dor à palpação dos quadrantes abdominais inferiores e ao exame ginecológico observou-se exsudado castanho com cheiro fétido, de origem uterina e colo do útero com uma lesão extensa, em forma de “couve-flor”. Assim, foi encaminhada para o Serviço de Urgência (SU), onde foi internada para investigação diagnóstica. Durante o internamento realizou biópsia da lesão cujo estudo histopatológico revelou carcinoma de células epidermoide. Realizou PET-CT que mostrou volumosa lesão neoplásica maligna de alto grau metabólico no colo do útero, com extensa invasão da vagina e metastização ganglionar pélvica e abdominal.

Assim, foi pedida colaboração ao Serviço de Oncologia, tendo sido iniciada radioterapia externa pélvica e quimioterapia

concomitante semanal num total de 8 ciclos. Neste contexto, o tumor entrou em regressão.

Contudo, 5 meses após o episódio de internamento, a utente recorreu novamente ao seu MF por quadro de edema da mão esquerda com progressão ascendente ao braço e cervical, à palpação detetou-se conglomerado adenopático supraclavicular e cervical esquerdo, duro e doloroso, tendo sido encaminhada novamente ao SU, por suspeita de Síndrome da Veia Cava. Nesse contexto, realizou Ecografia Cervical, que revelou extensa trombose da veia jugular esquerda e massa tumoral sólida hipocogénica na fossa supraclavicular esquerda.

Assim, a doente foi internada e foi iniciado tratamento com enoxaparina

A doente mantém-se internada, contudo, dado o estadiamento prévio em PET da doença, a TVP e a metastização cervical detetada recentemente, prevê-se um prognóstico desfavorável.

Conclusão: A abordagem do cancro invasivo do colo do útero implica a correta avaliação do estado geral da doente, comorbilidades e dos factores de prognóstico conhecidos: tipo histológico, extensão tumoral (estádio), invasão de espaços linfo-vasculares, metastização ganglionar e à distância.

O rastreio do CCU constitui um método importante de deteção precoce de CCU. A doente em questão, nunca fez este tipo de rastreio, sendo que o CCU foi detetado tardiamente. Este caso demonstra a importância do seguimento dos utentes pelo MF e da realização do rastreio do CCU. Mostra ainda a necessidade de aumentar a literacia em saúde dos utentes, para que eles saibam a importância dos rastreios e a vantagens em detetar lesões malignas em fases precoces, evitando tratamentos agressivos, complicações e desfechos potencialmente fatais.

PD 220

NEVRITE VESTIBULAR CAUSADA PELA INFEÇÃO PELO SARS-COV-2

Joana Isabel Neto Coelho Joana Isabel Neto Coelho¹;
Carolina Pratas¹; Daniel Ferreira¹

¹ACES Loures Odiveelas - USF⁷ Castelos

Introdução: A nevrite vestibular é um distúrbio do sistema vestibular benigno e autolimitado, que geralmente é causada por um vírus que danifica o nervo vestibular, tendo a infeção original origem no sistema respiratório ou gastrointestinal. Habitualmente manifesta-se por uma vertigem súbita, por vezes associada a náuseas, vômitos e alterações da marcha, podendo estes sintomas ocorrer durante a infeção viral ou após a sua resolução (1). Apesar de ser menos comum, esta infeção viral pode causar apenas sintomas

auditivos, como otites ou mesmo quadros de vertigem rotatória, quando existe lesão do nervo vestibular (2).

Com o decorrer da pandemia, percebeu-se que a infeção pelo novo coronavírus se manifestava por uma multiplicidade de sintomas, sendo os quadros de maior gravidade nos pacientes já com outras doenças crónicas.

Descrição: Utente do sexo feminino, 52 anos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência hospitalar por sensação de plenitude auricular, otalgia e hipoacusia há cerca de 6 dias. A utente referiu ainda aparecimento de vertigem rotatória há cerca de 1 dia, com desequilíbrio para a esquerda, náuseas e zumbido no ouvido direito. Estes sintomas desenvolveram-se após ter sido diagnosticada com covid-19, há cerca de 8 dias, o qual se manifestou inicialmente por cefaleias, obstrução nasal e otite bilateral com sobreinfeção bacteriana, tendo a utente sido medicada com ciprofloxacina e dexametasona+ofloxacina tópicas, com resolução parcial dos sintomas.

Ao exame objetivo, realizada otoscopia sem alterações relevantes bilateralmente, mas com quadro de vertigem associado a nistagmo horizontal bilateral de grau 3 e sacadas de correção para a esquerda. Foram realizadas as manobras de Dix-Hallpike e prova de marcha de Fukuda, ambas com resultado positivo, observando-se na segunda desvio para a direita. Foram ainda pedidos audiograma e timpanograma para avaliação da audição, ambos sem alterações, e potenciais evocados vestibulares, onde foram observados sinais de lesão do nervo vestibular.

Assumiu-se quadro de vertigem com lesão do nervo vestibular compatível com nevrite vestibular causada de origem viral, cuja etiologia foi o novo coronavírus. A utente foi medicada com beta-histina 2 vezes por dia, durante 30 dias e foi realizada reabilitação vestibular em cadeira rotatória também durante 30 dias. Na consulta de reavaliação 1 mês depois constatou-se a melhoria sintomática e resolução completa do nistagmo.

Conclusão: As infeções virais são uma causa comum de nevrite vestibular. Apesar de ser um quadro clínico menos comum de infeção SARS-COV2, o novo coronavírus também pode causar otites e afetar o sistema vestibular, mesmo não ocorrendo os outros sintomas típicos desta infeção. Geralmente, na fase aguda da nevrite vestibular é realizada terapêutica com exercícios de reabilitação vestibular e beta-histina, os quais promovem uma resolução completa do quadro na maior parte dos casos. Na fase aguda, numa minoria de casos, se a inflamação for muito intensa, pode ainda ser realizada terapêutica com corticóides orais.

O mecanismo patogénico de nevrite vestibular no contexto de infeção pelo covid-19 ainda não é bem conhecido, mas

sabe-se que se relaciona com um distúrbio inflamatório viral ou pós-viral, em que ocorre uma lesão do nervo vestibular. Apesar da relação entre covid-19 e nevrite vestibular ainda ser incerta, sendo necessários outros estudos para confirmar se existe uma associação real entre vertigem de início recente e a infecção pelo covid-19, este caso demonstra a importância do médico de família estar ciente de apresentações menos frequentes e referenciar estes utentes atempadamente à urgência hospitalar de modo a excluir esta infecção em pacientes com ou mesmo sem sintomas respiratórios altos, em que ocorram sintomas vestibulares, de forma a evitar a propagação do covid e também possíveis complicações da doença de base.

PD 221

UM UMBIGO COM SURPRESA

Catarina Campos¹; Ana Luísa Monteiro²; Margarida Martins Costa³; Vera Teixeira⁴; Sandrina Martins⁴

¹USF Foz do Minho; ²USF Lethes; ³USF Arquis Nova; ⁴ULS Alto Minho

Introdução: A drenagem umbilical é uma situação relativamente frequente nas primeiras semanas de vida, sendo o granuloma e a onfalite as entidades mais comumente observadas. Outras causas a considerar, sobretudo nos casos refratários a tratamento médico adequado, são as anomalias congénitas do ducto onfalomesentérico ou do úraco, que, apesar de raras, requerem um tratamento atempado e adequado.

Descrição: Lactente de 6 meses, do sexo feminino. Antecedentes familiares irrelevantes. Como antecedentes pessoais apresenta: gravidez vigiada e sem intercorrências; nascimento às 41 semanas por parto eutócico induzido, com índice de APGAR 10/10/10 e antropometria adequada; período neonatal sem intercorrências e com rastreios neonatais normais; boa evolução estaturoponderal e do desenvolvimento psicomotor; plano nacional de vacinação atualizado, incluindo vacinas extra-plano; toma diária de vitamina D e esomeprazol por doença de refluxo gastroesofágico.

Na primeira consulta de rotina (15 dias), objetivou-se presença de granuloma umbilical, após queda do cordão há 2 dias atrás, razão pela qual se recomendou cauterização com nitrato de prata. No entanto, por ausência de resolução e persistência de drenagem amarelada, na consulta do mês de idade, foi pedida ecografia da região umbilical que revelou “estrutura linear entre a cicatriz umbilical e a bexiga, com espessura de 3mm e bolhas de gás no seu interior” compatível com úraco patente, sem outras anomalias reiais, vesicais ou genitais observadas. A utente foi orientada para cirurgia pediátrica, tendo sido observada nessa

consulta por volta dos 6 meses. Nesse momento, já não apresentava drenagem espontânea e veio-se a confirmar encerramento espontâneo do ducto, pelo que se optou por não realizar cirurgia.

Conclusão: O úraco patente corresponde a uma anomalia congénita rara, na qual a comunicação entre bexiga e umbigo persiste após o nascimento. Uma drenagem umbilical persistente de conteúdo similar a urina deve motivar a suspeita clínica, sendo a ecografia o melhor método diagnóstico e a intervenção cirúrgica o tratamento de eleição. O diagnóstico desta entidade permite excluir possíveis anomalias genitourinárias associadas e evitar infeções urinárias de repetição ou eventual progressão neoplásica em adulto.

Assim, sendo o médico de família o principal responsável pela vigilância infantojuvenil, torna-se fundamental o seu papel na deteção precoce desta entidade e posterior orientação dos utentes.

PD 222

RASTREIO DA INFEÇÃO POR VIH EM ADULTOS SAUDÁVEIS

Marta Daniela Fontes Ferreira¹; Fabiana Chyczij²; Filipa Leandro³; Luciana Almeida⁴; Rita Marques Costa⁵

¹USF Ribeirão; ²USF FénixUSF; ³USF Aldoar; ⁴USF Canelas; ⁵Aníbal Cunha

Introdução: A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) continua a ser um importante problema de Saúde Pública. O diagnóstico precoce é crucial quer para o melhor tratamento da infeção e garantia de qualidade de vida, quer para a quebra do ciclo de transmissão do vírus.

Objetivos: Aumentar o rastreio de infeção por VIH e o seu diagnóstico precoce na população com idades entre os 18 e 64 anos.

Material e métodos: Estudo prospetivo realizado em 5 unidades de saúde na região norte com recurso à realização de sessões teóricas de formação e sensibilização e colocação de lembretes para os profissionais e panfletos para os utentes. A eficácia das intervenções será monitorizada pela alteração dos valores pré e pós intervenção dos indicadores ID 306 e ID 253. Considera-se uma intervenção bem sucedida se existir um aumento para pelo menos 10% no número de utentes que frequentaram a unidades durante o período de intervenção com idade compreendida entre os 18 e 64 anos sem serologia para VIH conhecida previamente, registada no processo nos últimos 12 meses. Será ainda avaliada a incidência de infeção por VIH bem como o número de testes laboratoriais pedidos e testes rápidos pedidos durante o período de intervenção.

Resultados: Na avaliação inicial pré intervenção, todas as unidades estavam aquém do valor esperado: USF A - 2,17%; USF B - 3,18%; USF C - 3,95%; USF D - 3,17% e USF E - 2,53%. Em todas as unidades a intervenção inicial foi realizada dentro do tempo previamente estabelecido. Por motivos de pandemia, a intervenção intermédia e consequente leitura intermédia e final dos dados foi protelada em 2 meses (14 meses após a avaliação inicial). Os resultados finais mostraram uma melhoria em 4 das 5 unidades de saúde: USF A-3,07; USF B – 3,54%; USF C-4,31; USF D-1,81 e USF E-3,31.

Discussão e Conclusão: Os dados finais encontrados mostraram um aumento do rastreio da infeção por VIH, ainda que os valores não tenham atingido os 10% previamente definidos como objetivo. Na unidade D em que se assistiu a uma diminuição do rastreio prende-se com a diminuição da disponibilidade da equipa de enfermagem para a realização de testes rápidos, método preferido para o rastreio nesta unidade. Adicionalmente, é de realçar que, durante o tempo de estudo, a realização de consultas esteve significativamente afetada o que poderá ter influenciado negativamente os resultados. De uma forma geral, considera-se o trabalho positivo mas existe ainda necessidade de sensibilizar profissionais e utentes para esta temática.

PD 223

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

Sofia Basílio Quaresma¹; Mariana F. Santos²;
Ana Mafalda Figueiredo Pereira¹; Ana Margarida Santos Pombo³;
Dídia Carolina Miranda Cruz⁴; Ana Luísa Albuquerque⁵;
Beatriz Silva⁶; Carlos Cardoso⁷; Carolina Rocha⁸; Cláudia Silva⁹;
Joana Gonçalves¹⁰; José Assis Viveiro¹¹; Sofia Fraga¹²;
Jaime Oliveira¹³; Ana Raquel Machado¹⁴; Paulo Azevedo¹⁴;
Raquel Peixoto¹⁴; Sandra Silva¹⁵; Sandra Miranda¹⁵;
Maria João Fonseca¹⁶; Pedro Gonçalves¹⁶; Catarina Cruz¹⁷;
Catarina Rodrigues¹⁸; Silvana Moreira¹⁹; Raquel Sousa Santos¹⁹;
Liliana Mendonça²⁰; Ana Sofia Tadeu²¹; Ângela Machado²²;
Ana Raquel Estebainha²²; Luísa Fonte²³; Maria de Sousa Miranda²³;
Tiago Matos²³; Flávia Ferreira²³; Ana Paula Oliveira²⁴;
Cristiana Carneiro²⁴; Ariana Afonso²⁵; Sofia Gouveia Tomé²⁶;
Maria Leonor Farinha²⁶; Diana Gonçalves²⁷; Rita Benzinho²⁷;
Raquel Castro²⁸; Beatriz Abreu Cruz²⁸; Filipa Granado²⁸;
Joana Franco²⁸; Sofia Cavaco Raposo²⁸;
Maria Inês Lopes de Moura Marques²⁸; Ana Catarina Esteves²⁹;
Jenifer Rua²⁹; Isabel Tavares²⁹; Fábio Costa³⁰; Francisco Antunes³¹;
Vera Sousa³²; Mónica Fonseca³²; Joana Azeredo³³; Adriana Brazão³⁴;
Carolina Pereira²; Inês Rosendo Carvalho e Silva³⁵

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; ²USF Linha de Algés; ³Interna de Formação Geral, Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ⁴USF São Julião da Figueira; ⁵USF Coimbra Centro; ⁶USF Pulsar; ⁷USF Condeixa; ⁸USCP Mealhada; ⁹USF Montemuro; ¹⁰UCSP Celas; ¹¹USF Trevim-Sol; ¹²USF Alves Martins; ¹³USF Odisseia; ¹⁴USF Physis; ¹⁵USF Lauroé; ¹⁶USF Saúde em Família; ¹⁷USF Ageduto; ¹⁸USF Eça de Queirós; ¹⁹USF Baltar; ²⁰USF Vida +; ²¹USF Ponte Velha; ²²USF Afonso Henriques; ²³USF Ponte; ²⁴USF Serzedelo; ²⁵UCSP Santa Maria II; ²⁶USF São Julião; ²⁷USF ARS Médica; ²⁸USF Reynaldo dos Santos; ²⁹USF Conde de Oeiras; ³⁰USF Moscavide; ³¹UCSP Azeitão; ³²UCSP de Olhão; ³³USF Jardim dos Plátanos; ³⁴USF São João da Talha; ³⁵Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal; Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Introdução: A Diabetes Gestacional é uma intolerância aos hidratos de carbono diagnosticada durante a gravidez. Afeta 1/6 das grávidas, com complicações neonatais e maternas, a curto e longo prazo. Em 2011, ocorreu uma mudança dos critérios de rastreio e diagnóstico desta patologia recomendados pela Direção Geral de Saúde, que foi bastante contestado.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se comparar os resultados obstétricos e neonatais de grávidas, entre 2008 e 2010, sem Diabetes Gestacional de acordo com os critérios atuais com as que não tiveram este diagnóstico de acordo com critérios antigos, mas que já o teriam com os vigentes, para averiguar se o diagnóstico e intervenção mais precoces, que previnem as possíveis complicações, trariam benefícios em relação ao possível sobrediagnóstico

e sobreterapêutica.

Material e métodos: Este é um estudo observacional tipo coorte retrospectivo, referente a mulheres com gestações únicas com primeiro trimestre completo entre 01.01.2008 e 31.12.2010, através da recolha de questionários em 30 Unidades de Saúde Familiar das Administrações Regionais de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. Os critérios de inclusão foram o conhecimento do valor da glicémia em jejum na primeira consulta pré-natal e do desfecho da gravidez. O critério de exclusão foi o diagnóstico de diabetes gestacional na gravidez em estudo. A amostra foi dividida em dois grupos, comparados por estatística inferencial. O Grupo 1 foi composto pelas gestantes com valores de glicémia em jejum, na primeira consulta de vigilância obstétrica, menores que 92mg/dL e o Grupo 2 com as que tinham valores entre 92 - 139mg/dL.

Resultados e conclusões: A amostra foi de 738 gestantes, em que 103 foram excluídas por terem o diagnóstico da patologia em estudo ou por falta de registo da glicémia em jejum na primeira consulta pré-natal. Das restantes 635 grávidas, 616 pertenceram ao Grupo 1 e 19 ao Grupo 2. Quanto às características demográficas e às complicações da gravidez em foco, não houve diferenças significativas entre grupos. Das implicações a longo prazo, apenas a diabetes materna teve associação positiva, no Grupo 2 ($p < 0,005$). A premissa de que, com os critérios atuais, haveria melhoria dos desfechos da gravidez não se verificou, senão apenas uma maior probabilidade da gestante desenvolver diabetes tipo 2 no futuro. Este é um importante contributo para o estudo deste tema por forma a, futuramente, esclarecer a adequação dos critérios em vigor para diagnóstico desta doença.

PD 224

“EU TENHO DOIS VALORES QUE EM NADA SÃO IGUAIS” – DIFERENÇAS NA MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Miguel Ribeiro Oliveira¹; Maria Fernanda Amaral¹; Miguel Ribeiro Oliveira¹

¹UCSP S. Miguel ULS Castelo Branco

A hipertensão arterial (HTA) é um importante problema de saúde pública. A medição seriada da pressão arterial no consultório (PAC) mantém-se o método mais frequentemente empregue para o estabelecimento do diagnóstico e controlo da HTA. Contudo, as medições da PAC são frequentemente imprecisas, sobretudo devido a uma técnica de medição inadequada. A Auto Medição da Pressão Arterial (AMPA) está validada como estratégia de vigilância da HTA, garantindo um melhor controlo da pressão arterial efetiva quando comparada com a medição da pressão arte-

rial de consultório (PAC).

Este estudo teve como objetivo principal determinar de a percentagem de hipertensos cuja AMPA e PAC se encontrava no intervalo considerado como controlo adequado pela Sociedade Europeia de Hipertensão (SEH).

Estudo exploratório, transversal, analítico realizado num ficheiro médico de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) portuguesa localizada em meio urbano. A população em estudo foi constituída por indivíduos com diagnóstico de HTA essencial sob tratamento farmacológico, com idade entre os 18 e 90 anos, vigiados nos CSP em consulta presencial no âmbito dos Programas de Saúde de HTA ou de Diabetes, entre os meses de janeiro e dezembro de 2021. A amostra não probabilística foi definida pela natureza exploratória e casuística do estudo. Definiu-se um protocolo da AMPA durante 5 dias consecutivos, com realização de 3 medições de manhã e 3 medições ao final do dia. O registo da AMPA foi recolhido no início da consulta por um colaborador com ocultação da equipa de enfermagem e médica. Foi colhida a medição da PAC pela Enfermeira de Família, de acordo com as recomendações da SEH.

Foram excluídos da amostra os indivíduos que não executaram o AMPA na semana antecedente à consulta, que executaram o AMPA de forma incompleta. Foram ainda excluídos indivíduos a residir em habitação que não a residência própria, como habitação de familiar ou instituições particulares de solidariedade social, por se considerar que poderia influenciar a liberdade e autonomia na execução do protocolo da AMPA. Foram colhidos dados biométricos e sociodemográficos dos participantes através da consulta do processo clínico do utente no software SClínico[®]. Foi utilizado o software PSPP1.4.0[®] para cálculo estatístico inferencial.

Foram selecionados 531 utentes. Destes, 79 foram excluídos pelos seguintes motivos: 52 não entregaram o registo da AMPA realizado na semana antecedente à consulta, 27 entregaram registos da AMPA incompletos. Do total de 452 hipertensos caucasianos, 233 (51,4%) eram do sexo masculino, com idade média de 70,5 anos (± 12). O Índice de Massa Corporal (kg/m²) médio foi de 28.5 (desvio padrão ± 4.1). 375 (83%) apresentam diagnóstico “K86: Hipertensão sem complicações”, ou seja, sem evidência de lesão de órgão-alvo. 39 (26,5%) apresentavam diagnóstico de diabéticos tipo 2. 420 (92,9%) tinham diagnóstico de dislipidemia. 51 (11,3%) eram fumadores. 38 (8,4%) apresentavam diagnóstico de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, encontrando-se sob tratamento com VNI. 54 (42%). Quanto à terapêutica anti-hipertensiva 145 (32%) realizava

1 fármaco 240 (53,2%) realizava 2 fármacos (14,8%) realizava 3 ou mais fármacos diariamente para controlo da HTA. Foi constatado um controlo adequado da HTA na AMPA em 77% dos casos, contra 12% na PAC.

Os resultados evidenciam o risco de sobrevalorização clínica da PAC, se interpretada isoladamente, e consequente iatrogenia por sobremedicação. A natureza unicêntrica e não probabilística da amostra, bem como a atribuição da tarefa de registo da AMPA ao paciente, limitam a robustez das conclusões. A realização do estudo num contexto de prática clínica habitual, em CSP, possibilita a replicação do mesmo por outros, com vista à validação destes resultados. Este trabalho é um novo argumento a favor da adoção generalizada da AMPA como um método válido e custo-efetivo para monitorização da HTA.

PD 225

MENTE SÃ, CORPO SÃO – PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Daniela Filipa Pereira Montenegro¹

¹USF Santo António

Introdução: O excesso de peso e obesidade são problemáticas há muito tempo abordadas em Portugal e indubitavelmente importantes, sendo que as crianças e os adolescentes são considerados um grupo prioritário na educação para a saúde, de forma a fomentar estilos de vida saudáveis.

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde de avaliação do estado nutricional, a prevalência da obesidade infantil tem vindo a diminuir nos últimos anos, tendo contribuído em grande parte a educação alimentar levada a cabo pelos profissionais de saúde. A 5ª fase do estudo COSI Portugal, revelou que entre 2008 e 2019, a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil tem vindo a diminuir.

No entanto, devido à pandemia COVID-19 nomeadamente pelas medidas instauradas na sua contenção, as crianças e adolescentes foram submetidos a isolamentos prolongados expondo-os a estilos de vida e escolhas menos saudáveis. Este projeto surgiu da necessidade de enfatizar hábitos de vida saudáveis por forma a minimizar o impacto negativo do isolamento social na alimentação, atividade física e tempo de ecrã, que se refletem na saúde mental e física das crianças e adolescentes.

Objetivos: Averiguar os estilos de vida, identificar problemas nas temáticas da alimentação, exercício físico e tempo de ecrã. Sensibilizar e educar as crianças e adolescentes quanto a estilos de vida mais saudáveis e obter uma melhoria de pelo menos 5% nas diferentes variáveis avaliadas.

Métodos: A intervenção foi realizada a alunos de uma escola de Barcelos, com idades entre os 10 e 14 anos.

Em setembro de 2021 foram realizadas as seguintes tarefas: revisão da literatura; reunião com os responsáveis escolares; aplicação do questionário aos alunos para diagnóstico da situação relativa aos estilos de vida; identificação dos problemas e proposta de medidas corretoras, calendarização e elaboração das ferramentas de intervenção.

Em outubro de 2021 foi realizada a intervenção que consistiu numa apresentação interativa, esclarecimento de dúvidas e envio para os encarregados de educação de um panfleto de educação para a saúde que abordava as áreas temáticas da alimentação, exercício físico, sono e tempo de ecrã.

Em dezembro de 2021 foi levada a cabo a avaliação pós-intervenção, através da aplicação do questionário utilizado para diagnóstico da situação, e realizada a análise dos dados.

Resultados: Nesta intervenção foram abrangidos 63 alunos (n), com a média de idades de $11 \pm 1,13$ anos, sendo 62% do género feminino e 38% do género masculino.

Relativamente aos hábitos alimentares, 85,71% referiu tomar o pequeno-almoço todos os dias, porém apenas 23,80% dos inquiridos revelou escolhas alimentares consideradas saudáveis. Após a intervenção, houve uma melhoria de 7,94% com 93,65% a realizar esta refeição diariamente, e destes 50,79% a optar por escolhas saudáveis. Quanto ao consumo de sopa ao almoço e jantar a distribuição manteve-se similar, com 55,55% dos adolescentes a fazer esta opção diariamente, antes e após a intervenção. Relativamente à composição do prato, houve uma melhoria de 11,11% após a intervenção. A água foi a opção de bebida às refeições em 95,24% (n=60), tanto antes quanto após a intervenção.

Relativamente à atividade física extra-escolar, houve um aumento de 69,98% para 74,60%.

A utilização diária de ecrãs diminuiu de 55,55% para 46,03%. O grupo que utilizava ecrãs 1 a 2 horas por dia diminuiu de 53,97% para 52,38% e o grupo que utilizava ecrãs mais de 2 horas por dia diminuiu de 12,69% para 7,93%.

Conclusões: De uma forma geral houve melhoria após a intervenção, apesar dos 5% objetivos não terem sido atingidos em todos os pontos. Os autores acreditam que este projeto teve um impacto positivo na adoção de comportamentos saudáveis a curto prazo. Seria pertinente a realização de uma nova avaliação a médio prazo para aferir da manutenção/consolidação do que foi transmitido e aprendido.

PD 226

HIPOMAGNESEMIA E USO PROLONGADO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

Alexandra Maria Santos Soares¹; Jorge Bruno Pereira¹;
Róman Márquez de La Peña¹

¹UCSP S. Miguel – ULS CASTELO BRANCO

Introdução: Os inibidores da bomba de protões (IBPs) são atualmente os medicamentos mais potentes disponíveis para reduzir a secreção de ácido gástrico e proteger a mucosa gástrica sendo amplamente usados. Os IBPs são habitualmente vistos como seguros e bem tolerados, no entanto, ao reduzirem a acidez gástrica, podem causar diminuição da absorção de determinados nutrientes. Esta relação causal está claramente estabelecida em relação à absorção de vitamina B12, ferro e cálcio. No entanto existem alguns relatos de que o seu uso prolongando e regular (igual ou superior a um ano) contribua igualmente para redução dos níveis sanguíneos de magnésio (hipomagnesémia).

Em 2 de março de 2011, a Food and Drug Administration (FDA) emitiu uma Comunicação de Segurança de Medicamentos de que os IBPs podem causar baixos níveis de magnésio sérico se tomados por períodos prolongados. No entanto, há ainda pouco conhecimento sobre essa associação.

Objetivos: Avaliar a prevalência de hipomagnesémia numa amostra de doentes em uso prolongado de IBPs da UCSP S. Miguel (Castelo Branco, Portugal)

Métodos: Estudo retrospectivo observacional que avaliou os níveis de magnésio numa amostra de doentes medicados com IBPs por um período superior a 12 meses.

Resultados: Os resultados mostram que aproximadamente 1 em cada 6 pacientes na amostra apresentava défice de magnésio. Estes pacientes apresentavam idades mais avançadas ou estavam sob o efeito de doses mais altas de IBPs do que os pacientes com valores normais. Apenas 1 doente manifestou sintomas de hipomagnesémia.

Conclusões: O magnésio é essencial para o funcionamento de mais de 300 enzimas celulares. A sua deficiência pode ser acompanhada por hipocalcemia e hipocaliemia e contribuir para a ocorrência de problemas neuromusculares e cardiovasculares nomeadamente fadiga, espasmos nas pernas, delírio, convulsões, tonturas e arritmias cardíacas. Pacientes que fazem uso de outros fármacos que diminuem a concentração do magnésio plasmático, como os diuréticos da ansa ou tiazídicos e a digoxina, têm maior risco de desenvolver hipomagnesémia ao utilizar IBPs. Quando seja previsível uma utilização prolongada de IBPs e, especialmente, em doentes a tomar concomitantemente os medicamentos acima descritos, deve considerar-se a monitori-

zação dos níveis de magnésio antes do início do tratamento e, regularmente, durante o mesmo. A suplementação deve ser implementada naqueles que apresentem deficiência e/ou clínica sugestiva.

Tratando-se de medicamentos não sujeitos a receita médica, alguns doentes podem tomar IBPs durante períodos superiores aos recomendados aumentando assim a probabilidade de efeitos adversos. É importante que a indicação e eficácia do tratamento com IBPs seja avaliada regularmente procedendo-se à sua desprescrição sempre que tal se justifique.

PD 228

“DESAFIOS VIVIDOS E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS POR UMA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM TEMPO DE PANDEMIA”

Sílvia Elisabete Pereira Gonçalves Carvalho Sereno¹;
Tânia dos Santos Afonso¹; Vera Ramos¹; Rita Mascarenhas Pessoa¹;
Maria Paula Custódio¹; Iuri Correia¹; Rodrigo Santos Vicente¹;
Maria Lima¹; Mafalda Miranda¹; Ana Rita Santiago¹

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A COVID-19, patologia identificada desde o final de 2019, com os primeiros casos conhecidos, em Portugal, em Março de 2020, trouxe vários desafios, não só ao quotidiano da população, mas também ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.

No que diz respeito às equipas de cuidados paliativos (CP) os problemas trazidos pela pandemia ultrapassaram o reforço das medidas de proteção individual e de minimização de um possível contágio. A comunicação, um dos pilares fundamentais dos CP, foi gravemente prejudicada, afetando, sobretudo, os doentes internados, não só na relação com os profissionais de saúde como também com a sua rede de suporte social e familiar.

Objetivos: Descrever as estratégias assumidas pelas equipas de CP, no contexto hospitalar, em resposta aos desafios pandémicos da COVID-19.

Material e métodos: Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, com recurso à plataforma de base de dados EBSCO. Os 152 artigos avaliados tiveram como critérios de inclusão: abordar a temática dos CP; fazer referência ao impacto da COVID-19 na prática dos CP em contexto hospitalar; artigos em língua portuguesa ou inglesa. Por pesquisa manual incluíram-se 2 artigos. Selecionaram-se 9 artigos para análise, provenientes das bases de dados Medline Complete, Medline, Academic Search Complete, CINAHL Complete e Pubmed. Enquadraram-se, posteriormente, os resultados da revisão de literatura efetuada, com a experiência vivida, em Portugal, por uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) na

região da Grande Lisboa.

Resultados: O objetivo principal das equipas foi minorar o impacto da pandemia junto dos doentes com necessidades paliativas e suas famílias, otimizando o suporte prestado. Dos artigos avaliados identificaram-se estratégias diversificadas e eficazes, dirigidas às problemáticas trazidas pela pandemia.

Face aos desafios encontrados, tornou-se necessária, por parte da EIHSOP, a implementação de medidas transversais ao contexto hospitalar, nomeadamente: 1) Criação de Protocolos (Plano de Intervenção Paliativa em Doentes com COVID-19; Comunicação com doentes e suas famílias na intervenção paliativa; Acompanhamento Familiar em Últimos Dias de Vida – COVID-19; Cuidados Paliativos na COVID-19, dirigido à identificação de doentes com necessidades paliativas e à sistematização de medidas de controlo sintomático); 2) Apoio telefónico aos profissionais e familiares de doentes dos serviços COVID-19.

Foi encontrada semelhança entre a realidade vivida pela EIHSOP e a retratada na bibliografia consultada, tanto em termos de impacto/barreiras criadas pela pandemia, como na implementação de medidas para fazer face à problemática.

Conclusões: O acesso aos CP, direito humano fundamental, foi globalmente prejudicado em contexto de pandemia por COVID-19. Face a esta realidade, em que urgia uma resposta célere, as equipas prestadoras de CP procuraram soluções para os diversos problemas encontrados e adaptaram-se, melhorando a triagem de doentes com necessidades paliativas, criando protocolos, usando a tecnologia ou facilitando visitas presenciais.

Os ganhos conseguidos abrangeram, sobretudo, a comunicação, mas também os restantes pilares dos CP: controlo sintomático, apoio familiar e trabalho em equipa. Em dois anos de pandemia, o conhecimento acerca da doença progrediu e as estratégias implementadas pelas equipas constituíram uma evidência da aprendizagem conseguida. A sua partilha parece ser fundamental para a melhoria em termos de provisão e integração dos CP e, sobretudo, no alívio do sofrimento do doente paliativo e da sua família.

PD 229

SÍNDROME DE PARSONAGE – TURNER: A PROPÓSITO DE UM CASO RARO!

Ana Isabel Costa¹; Ana Cecília Barbosa¹; Sílvia Garcia¹

¹USF Uma Ponte para a Saúde

Introdução: A nevrite braquial ou síndrome de Parsonage–Turner é uma nevrite aguda do plexo braquial ou de nervos isolados de etiologia desconhecida. A etiologia en-

volve um mecanismo inflamatório imuno-mediado contra as fibras nervosas. Caracteriza-se por um quadro de instalação aguda ou subaguda de dor intensa no ombro e/ou em todo o membro superior, sendo este substituído, com intervalo variável de horas, dias ou semanas, por parestesia muscular e atrofia com a mesma localização e com carácter descendente. Apresenta uma incidência de 1,64/100.000 indivíduos, com predomínio entre a 3ª e a 7ª e sexo masculino. O tratamento é sintomático, dirigido ao quadro algico.

Descrição: Doente do sexo masculino, 39 anos de idade, solteiro, animador de cruzeiros. Sem antecedentes pessoais relevantes. Sem medicação habitual.

Foi observado pelo médico de família (MF) no contexto de consulta aberta, por monoparésia do membro superior esquerdo (MSE), após uma semana de queixas algicas intensas. Nega traumatismo e outras queixas associadas. Ao exame objetivo apresentava-se apirético, sem lesões cutâneas, sem adenopatias palpáveis, com exame da orofaringe, cardiopulmonar e abdominal sem alterações. O MSE revelava um membro não doloroso, com diminuição da força muscular, grau 1 proximal e grau 2 distal, sem alterações da sensibilidade e atrofia muscular do bicipite. Sem alterações no membro contralateral. Sem alterações ao exame neurológico. Foi pedido estudo analítico, bem como tomografia computadorizada ombro e braço esquerdo sem alterações valorizáveis. Foi pedido também uma eletromiografia, que revelou “ausência de registo de ação do nervo sensitivo do nervo cutâneo antebraquial lateral direito e sinais de desnervação completa nos músculos supridos pelo nervo musculocutâneo (bicipite) direito...”. O utente foi enviado para a consulta de neurologia do hospital de referência onde foi diagnosticado com síndrome de Parsonage–Turner, e aconselhado tratamentos de medicina física e reabilitação. Apresentando boa evolução clínica.

Conclusão: Foi descrito o caso de um homem de 39 anos que recorreu ao MF por monoparésia do membro superior esquerdo, após uma semana de queixas algicas intensas. O diagnóstico atempado foi fundamental e a medicina geral e familiar apresenta uma posição privilegiada na abordagem inicial e referenciação atempada. Tornando importante a sua identificação dada o contraste entre os seus sintomas aparatosos e o seu bom prognóstico a longo prazo.

PD 230

ERITEMA NODOSO: SINAL DE DOENÇA SISTÊMICA E DE DOENÇA INFECIOSA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Renato Filipe Silva Brilhante¹; Pedro Abreu²

¹USF Beira Saúde, ACeS Beira Interior Sul; ²Unidade de Reumatologia, ULSCB, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, UBI

Introdução: O eritema nodoso (EN) consiste numa erupção cutânea eritematosa aguda, do tipo nodular, que habitualmente se encontra limitada à face anterior das pernas. O pico de incidência do EN ocorre entre os 18 e os 34 anos de idade, sendo as mulheres mais afetadas que os homens. Foram identificados diversos agentes causais, desde fármacos, alterações genéticas, agentes infecciosos e estímulos antigénicos. O diagnóstico etiológico do EN é parte fundamental do seu tratamento, uma vez que este consiste no controlo dos desencadeantes, medidas de suporte e administração adequada de farmacoterapia.

Descrição: Mulher, 34 anos, assistente de loja, com antecedentes pessoais de Doença de Crohn do ileon tipo fistulizante (2013) sob terapêutica biológica (vedolizumab). Recorreu recentemente ao Serviço de Urgência, pela segunda vez desde maio de 2020, encontrando-se a cumprir antibioterapia com Sulfametoxazol + Trimetoprim por bartolinite. Sob anticoncepcional combinado oral (ACO): gestodeno 0,075 mg + etinilestradiol 0,03 mg id. Antecedentes familiares: irmão e avô materno com psoríase. Recorreu ao médico de família (MF) por apresentação de várias formações nodulares, dolorosas, em ambas as pernas, com sinais inflamatórios, associadas a sinovite da articulação tibio-társica esquerda e entesite aquiliana com bursite à direita, com 2 meses de evolução. À data de observação apresentava humor depressivo, tenossinovite estenosante do polegar dto, várias lesões sugestivas de eritema nodoso em ambos os membros inferiores, sinovite discreta da articulação tibio-társica esquerda e entesopatia aquiliana do pé direito. Dada indicação para suspensão de ACO. Perante suspeita de EN e envolvimento articular, foi encaminhada a consulta de Reumatologia. Realizou vários exames: radiografia de tórax (sem demonstração de qualquer alteração) e avaliação analítica, destacando-se uma velocidade de sedimentação de 105mm/h e PCR 9.1mg/dL. Estudo imunológico e IGRA negativo. SACE 51.2 UI/L. Foi iniciada corticoterapia e suspendeu-se a antibioterapia que estava em curso. Ao fim de um mês apresentava-se clínica e analiticamente melhorada: sem artrite, sem entesite e com desaparecimento das lesões de EN.

Conclusão: O caso clínico apresentado pretende evidenciar um caso de EN com uma multiplicidade de factores que provocaram e arrastaram a situação: doença sistémica

(doença de Crohn), infeções e utilização de fármacos potenciadores de EN. É importante a existência de uma adequada articulação entre especialidades médicas na gestão do diagnóstico, terapêutica e acompanhamento do doente.

PD 231

DO ACASO AO ACHADO: RELATO DE CASO DE CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE COM METASTIZAÇÃO GANGLIONAR EM UTENTE DO SEXO MASCULINO

Andreia Lasca¹; Inês Laia¹; Pedro Lopes Vaz¹; Inês Santos Cruz¹; Ana Luísa Pinto¹; Daniela Moreira¹

¹USF Viriato

Introdução: O carcinoma papilar é a forma mais comum de carcinoma da tiroide bem diferenciado, representando quase 80% de todos os casos. O prognóstico é mais favorável para utentes jovens quando comparado com utentes com idades superiores a 45 anos. A proporção de casos por sexo varia de acordo com a faixa etária, sendo que nas idades entre os 20 e 45 anos a proporção de casos no sexo feminino:masculino é de cerca de 3:1 casos.

Descrição: Sexo masculino, 43 anos, licenciado. Antecedentes pessoais: obesidade, tabagismo, alcoolismo, patologia hemorroidária e quisto sebáceo. Antecedentes familiares: irmã com patologia da tiroide que não sabe especificar e embolia pulmonar, irmão com carcinoma da bexiga e do cólon. Sem medicação habitual.

O utente recorreu ao serviço de urgência por engasgamento durante a refeição, episódio que terá causado o aparecimento de uma massa cervical à esquerda. Sem outras queixas adicionais. Ao exame objetivo assimetria cervical com abaulamento esquerdo ligeiro sem sinais inflamatórios e palpação indolor da região cervical. Não foi estabelecida correlação entre o episódio de engasgamento e a massa cervical, tendo em conta a história clínica e a observação, assumindo-se uma coincidência com indicação para estudo complementar em ambulatório com o seu médico de família (MF). Na consulta com o seu MF foram prescritas análises com doseamento da função tiroideia e uma ecografia da tiróide. Analiticamente sem alterações de relevo. Na ecografia da tiróide foi observado um “nódulo misto, volumoso, que ocupava todo o lobo esquerdo. No 1/3 superior do lobo direito, um nódulo EUTIRAD 5 (pela presença de microcalcificações) com 12,1 mm. Em posição latero-cervical, no compartimento jugulo-carotídeo direito, no nível III identificou-se a presença de um conglomerado de adenopatias heterogéneas, com microcalcificações, arredondadas e com vascularização caótica ocupando 37 mm. Não foram visualizadas formações ganglionares com

critérios suspeitos à esquerda". Perante estes achados, foi referenciado com urgência a consulta de patologia oncológica da cabeça e do pescoço para orientação terapêutica. A decisão terapêutica foi a de tireoidectomia total com esvaziamento cervical à direita, que ocorreu de forma célere e sem intercorrências. A avaliação anatomopatológica do material excisado diagnosticou um carcinoma papilar da tireóide, de padrão folicular e papilar com metastização ganglionar. Atualmente encontra-se medicado com levotiroxina 0.150 mg diariamente e a aguardar a realização de tomografia axial computadorizada cervical para planeamento de nova intervenção cirúrgica para excisão de 2 adenopatias persistentes identificadas na ecografia realizada no pós-operatório.

Conclusão: Este caso clínico reforça a importância do esclarecimento do motivo de consulta do utente e a exploração do mesmo. O utente recorreu a avaliação médica primariamente pela preocupação com o episódio de engasgamento que seria a causa do aparecimento de uma massa cervical. Contudo, a colheita de uma história clínica adequada e um exame físico apropriado do quadro permitiram concluir não se tratar de um evento agudo, mas progressivo. Conclui-se deste trabalho que o facto de ter surgido uma massa cervical à esquerda associada a um nódulo tiroideu, volumoso e benigno, permitiu o diagnóstico e tratamento oportuno de um carcinoma papilar da tireóide com metastização ganglionar à direita, o lado contralateral.

PD 232

É TUDO CORAÇÃO?

Cristina Bastos; Nina Giles¹

¹USF Conde de Oeiras

Introdução: Existe sempre um desafio diagnóstico na avaliação dos pacientes com antecedentes de perturbação de ansiedade com queixas de palpitações ou dor torácica. Naturalmente são sintomas preocupantes e em doentes que já sofrem de ansiedade por vezes torna-se difícil identificar quem necessita de ser estudado.

Descrição: Mulher de 54 anos, uma ex-fumadora com antecedentes pessoais de hipertensão essencial, dislipidemia e perturbação de ansiedade. Apresenta antecedentes familiares de doença cardiovascular (o pai faleceu por enfarto agudo miocárdio aos 60 anos). A partir de maio de 2011 começou a ser seguida pelo seu médico de família (MF) e em oito consultas apresentava queixas de palpitações associadas a dispneia/cansaço. A partir de 2017 começou com dor torácica episódica inferior a cinco minutos. Neste contexto foi pedido o Holter em 2011 e 2016 que detetaram extrasístoles supraventriculares muito frequentes,

ECG com prova de esforço em 2016 sem alterações isquémicas e espirometria em 2017 que demonstrou alteração ventilatória obstrutiva discretas. Regressou em consulta de doença aguda em abril 2021 por agravamento das palpitações associadas a precordialgia tipo aperto que agravava em esforço (o maior dos episódios que durou duas horas). Ao exame objetivo apresentava tensão arterial (TA) 183/103 e a auscultação revelou sons cardíacos rítmicos com sopro sistólico grau III/VI. Foi pedido o Holter e ECG com prova de esforço (realizado em outubro 2021) que demonstrou infradesnivelamento do segmento ST/T nas derivações DII, DIII e de V4-V6 durante o esforço e extrasístoles supra-ventriculares muito frequentes ao longo de todo o exame. Foi realizado a cintigrafia de perfusão miocárdica em fevereiro 2022 que evidenciou isquemia extensa e multivaso, envolvendo o ápex e as paredes anterior, septal e inferior. Foi receitado Nitroglicerina 0,5mg SOS, Aspirina 100mg, Bisoprolol 5mg e Atorvastatina 20mg e foi referenciada a consulta de cardiologia com urgência.

Conclusão: Este caso reforça a importância da valorização das queixas persistentes, mesmo quando os exames complementares de diagnóstico anteriores não revelaram alterações. Em doentes com múltiplos fatores de risco cardiovasculares que apresentam dor torácica é sempre necessário manter um alto índice de suspeição, inclusive quando os sintomas podem ser atribuídos a outras patologias. Neste caso, a cintigrafia cardíaca de perfusão miocárdica demonstrou a localização do território isquémico, bem como a severidade e extensão de lesão. Esta ferramenta poderá ser útil em avaliação nas mulheres, dado que têm uma maior incidência dos falsos-positivos no ECG com prova de esforço do que nos homens.

PD 233

CANCRO DA MAMA FORA DA IDADE DE RASTREIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Miranda¹; Francisca Santos¹; Cláudia Paulo¹

¹USF Buarcos

Enquadramento: As doenças oncológicas são atualmente uma causa significativa de morbilidade e mortalidade na população mundial. O cancro da mama é a neoplasia com maior incidência e a primeira causa de morte por cancro no sexo feminino. O médico de família contribui para o seu diagnóstico através do rastreio organizado com mamografia, dos 50 aos 69 anos e da educação para a saúde, ensinando às utentes os sinais de alerta.

O diagnóstico de cancro da mama é sempre difícil para as utentes, independentemente das circunstâncias de vida de cada uma. Nestas situações o médico de família tem

um papel fulcral, tanto na ajuda da gestão da doença, bem como no apoio psicológico a toda a família.

Descrição de Caso: Utente do género feminino, 47 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, pertencente à fase VII do Ciclo de Duvall, que recorre a consulta programada com a sua Médica de Família, por surgimento de lesão nodular na mama esquerda, dolorosa ao toque, com vários meses de evolução e sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo, palpava-se nódulo duro-elástico, aderente aos planos profundos, com aproximadamente 4cm de diâmetro, localizado no quadrante supero-interno (QSI) da mama esquerda. Perante este quadro, foi solicitada ecografia mamária e mamografia urgente. Três semanas depois, o resultado dos exames revelavam nódulo sólido hiporreflexivo de contorno irregular, de características suspeitas, com a classificação: BIRADS 5. Após estes achados, a utente foi imediatamente encaminhada, via ALERTP1, para o IPO da zona de referência.

Na avaliação pelos colegas, foi solicitada biópsia que revelou carcinoma mamário invasivo da mama no QSI esquerdo, com suspeita de metastização do tipo lítico na região intertrocantérica do fémur e ilíaco esquerdo, observada em TC-TAP. No seguimento deste diagnóstico, foi então proposto iniciar tratamento com quimioterapia neoadjuvante e encaminhada para consulta de oncologia médica.

Um mês após o diagnóstico, a utente recorre a consulta de intersubstituição por duas vezes, com queixas de dor na região da virilha esquerda, com 2 semanas de evolução, com limitação da marcha e sem relação com traumatismo. Foi medicada com anti-inflamatório e sugerido repouso. Viria a dar entrada no Serviço de Urgência, alguns dias depois da última visita, com suspeita de fratura patológica do fémur esquerdo.

Discussão: Com este caso, salienta-se a importância da correta valorização das queixas e sinais da utente, solicitando os exames complementares de diagnóstico necessários, bem como da sua correta e atempada referência aos cuidados de saúde secundários.

Pretende-se ainda, alertar para a existência do cancro da mama em idades mais jovens, fora da idade de rastreio. Sendo o diagnóstico precoce a chave para o aumento de sobrevivência dos doentes, procura-se promover a sua deteção cada vez mais precoce.

Por fim, realça-se, o valor do médico de família no seguimento do utente, principalmente em situações de suspeita de patologia grave, como é exemplo a patologia neoplásica.

PD 234

ACALÁSIA: UM DIAGNÓSTICO AQUÉM DO ÓBVIO

Carla Mottola¹; Diva Oliveira²; Raquel Mota Faria¹

¹USF Damião de Góis - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ²USF São Sebastião - ACES Oeste Sul

Introdução: A acalasia é um distúrbio motor primário do esófago caracterizado pelo relaxamento insuficiente do esfíncter esofágico inferior e perda da peristalse esofágica. Representa uma patologia rara, cuja incidência e prevalência anual é de 1 e 10 em 100.000, respetivamente. O pico de incidência em relação à idade em que se costuma manifestar, situa-se entre a terceira e a sexta década de vida. Os sintomas mais comuns são disfagia esofágica e orofaríngea para sólidos e líquidos e/ou regurgitação, que não responde à terapêutica com inibidores da bomba de protões.

Descrição: Mulher de 76 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, kinking da carótida esquerda, amaurose direita, rinite alérgica, fibrose pulmonar ligeira, gota, osteoartrose da coluna. Desde há cerca de dez anos com queixas de tosse produtiva de manhã e após esforço ou com mudança de posição. Medicada com inibidores da bomba de protões desde essa altura, fez também vários ciclos de anti-histamínicos. Ao longo dos anos foi feito estudo para exclusão de doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), asma e alergias, que foram inconclusivos. Destaca-se uma endoscopia digestiva alta e estudo imagiológico esofágico e gastroduodenal com Terendlembourg em 2016, sem alterações. Novas queixas de disfagia intermitente para sólidos e líquidos no último ano, motivaram novo estudo imagiológico que revelou contrações irregulares do esófago com passagem intermitente do contraste, sem alterações a nível gastroduodenal. A utente foi referenciada à especialidade de Gastroenterologia onde realizou consulta após sete meses, fez manometria esofágica que confirmou o diagnóstico de acalasia primária, tendo sido otimizada a sua terapêutica.

Conclusão: Mais comumente a acalasia apresenta-se com disfagia esofágica e orofaríngea para sólidos e líquidos, mas pode estar associada a outros sintomas que incluem pirose, dor torácica não cardíaca, perda de peso, aspiração recorrente, dor epigástrica, tosse ou asma. Os sintomas não esofágicos, nomeadamente tosse ou asma, estão presentes em cerca de 20-40% dos doentes. A história dos sintomas é fundamental no curso desta patologia, sendo que podem estar presentes durante anos até chegar ao seu diagnóstico, especialmente quando os sintomas são comuns à DRGE, como no caso desta utente que apresentava uma tosse que agravava com as mudanças de posição e que foi por isso atribuída ao longo de anos à DRGE.

Na nossa prática clínica, podemos deparar-nos com patologias mais raras e, além disso, com apresentações clínicas menos comuns, apresentando um maior desafio diagnóstico; e é importante lembrar que as queixas persistentes dos nossos utentes não podem ser desvalorizadas, muitas vezes é necessário voltar ao ponto de partida do estudo e rever a história clínica desde o princípio. Às vezes precisamos ir além do óbvio e do que é o mais comum.

PD 235

HEMORRAGIA UTERINA NA PÓS MENOPAUSA: SURPRESA! (MAS NÃO TÃO MÁ) – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida S. Rocha¹; Mara Cravid²; Maria João Gomes²; Margarida A. Borges²; Isabel D. Ferreira¹

¹UCSP Sete Rios - ACES Lisboa Norte; ²USF Prof. Guilherme Jordão - ACES Lisboa Norte

Introdução: A menopausa corresponde à última menstruação de uma mulher e marca a transição da idade reprodutiva para a senescência ovárica. Como tal, a depleção implica que deixem de suceder os processos cíclicos endometriais que dão origem à hemorragia menstrual nas mulheres em idade reprodutiva. Cessa a produção estrogénica ovárica, levando a uma involução uterina e atrofia endometrial.

A hemorragia uterina (HUA) na pós menopausa deve sempre ser considerada um sinal de alarme e traduz, frequentemente, patologia estrutural – no pior cenário, pode representar um carcinoma do endométrio (10% dos casos). 59% dos casos são devidos a atrofia endometrial – a principal causa de HUA nesta faixa etária, seguida dos pólipos endometriais. Etiologias menos comuns são leiomiomas, hiperplasia endometrial, terapêutica hormonal, radioterapia, hipocoagulação e suplementos alimentares (soja, fitoestrogénios).

O adenocarcinoma do endométrio é a neoplasia ginecológica mais comum em pós menopausa, estimando-se que as mulheres com mais de 70 anos, nulíparas e diabéticas tenham um risco de 87% (versus 3% da população em geral, sem essas características).

Nunca é demais destacar o carácter mandatário do pedido da ecografia endovaginal em situações de HUA em mulheres pós-menopausa.

Descrição: Doente do sexo feminino, 74 anos, com antecedentes de diabetes mellitus não insulínica, hipertensão arterial, obesidade, gonartrose à esquerda. G11P2 (9 interrupções da gravidez por opção, 2 partos eutócicos). Menopausa aos 55 anos, sem terapêutica hormonal. Recorre à sua médica de família por episódios de hemorragia vaginal (7 no último ano). Do exame ginecológico, destaca-

-se apenas atrofia vulvovaginal. À ecografia endovaginal, útero atrofico, miométrio homogéneo, salienta-se dispositivo intrauterino mal posicionado, com orientação transversal e incorporado na parede do miométrio. Hidrometra associado, com conteúdo ecogénico a montante na cavidade endometrial, a sugerir alterações inflamatórias associadas. Questionada, a utente já não se recordava da sua colocação, que estima ter sido há mais de duas décadas. Terá sido informada, na altura, de que não seria necessário removê-lo.

Encaminhada para consulta hospitalar, está sem queixas desde a remoção do DIU. Última ecografia: útero em antroversão, linha endometrial regular com 2.7mm, sem líquido livre. Sem indicação actual para histeroscopia ou seguimento hospitalar.

Conclusão: Muito sucedeu desde que Richard Richter teve em 1909 a ideia de criar um método contraceptivo intrauterino, recorrendo aos intestinos de bichos da seda. O DIU foi um ícone feminista nas décadas de 60 e 70 e um perigoso vilão no início da década de 80.

Nos dias de hoje é o método contraceptivo reversível mais usado em todo o mundo, com mais de 106 milhões de utilizadoras.

É comum na literatura científica do final do milénio, encontrar autores que afirmavam que alguns tipos de DIUs poderiam ser indefinidamente deixados na cavidade uterina, sem prejuízo para as portadoras. Hoje, sabemos que o uso prolongado do DIU está associado a hemorragia na pós-menopausa e doença inflamatória pélvica.

Têm sido reportados outros casos de uso prolongado do DIU, com tempos de permanência entre 22 e 50 anos. À semelhança da nossa utente, a maioria destas mulheres recorreram à consulta por queixas de HUA pós-menopausa. As causas da hemorragia relacionam-se quer com a migração do dispositivo para a parede uterina, quer com uma resposta inflamatória crónica do endométrio. Há ainda relatos de abscessos da parede abdominal.

Está estabelecida a segurança e eficácia dos DIUs, nomeadamente os de cobre, por mais de 20 anos. É importante proceder à sua extracção no período pós-menopausa. Para além do desnecessário risco de infecção e perfuração, a involução uterina propicia a integração na parede uterina do dispositivo, com inflamação e hemorragia - que será um factor de stress para as utentes, para as suas famílias e para os clínicos.

PD 236

ADESÃO À CONSULTA PRÉ-CONCECIONAL – AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Sofia M. Mendes¹; Nancy Oliveira¹; Fábio Nunes¹;
Gonçalo Magalhães¹; Sílvia Gomes¹; Diana Correia¹; Tânia Boto¹;
Rita Nércio¹; Fabiana Paulo¹

¹USF Infante Dom Henrique

Introdução: Nas últimas décadas, foram identificados vários fatores de risco para a gravidez e para o bem-estar fetal, o que permitiu a aplicação de medidas preventivas. O planeamento da gravidez tem benefícios conhecidos para a saúde, a longo prazo, da grávida e do recém-nascido, estando associado à diminuição das complicações durante a gestação e da morbimortalidade materno-fetal. Por outro lado, todas as mulheres em idade fértil (MIF) devem ter informação acerca da reprodução e da gravidez, para que possam fazer escolhas esclarecidas sobre as mesmas. Assim, recomenda-se que, quando uma mulher expressa vontade de engravidar, deve ser realizada uma consulta pré-concecional (CPC). Contudo, existem dados nacionais que mostram que muitas mulheres não procuram a CPC tanto quanto desejável.

Objetivo: Avaliar a adesão à CPC por utentes do sexo feminino, antes da gestação, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Sensibilizar os profissionais de saúde e as utentes em idade fértil para a importância da CPC, de forma a aumentar a adesão a esta consulta.

Métodos: Dimensão estudada: Adequação técnico-científica.

População: utentes grávidas.

Unidade de Estudo: a população-alvo pertencente à USF em questão.

Tipo e fonte de dados: processo clínico - MedicineOne[®], Sclínico[®], MIM@UF e PEM[®].

Tipo de avaliação: Interna, interpares, retrospectiva e prospectiva.

Critério de Qualidade: 100% de obtenção de adesão à CPC.

Tipo de intervenção: Educacional.

Medidas corretoras: - Reuniões interpares (antes e após a intervenção); - Apresentação dos dados estatísticos referentes à primeira avaliação; - Divulgação e discussão dos dados estudados; - Sessão educacional a utentes do sexo feminino em idade fértil acerca da importância a CPC e distribuição de panfletos informativos.

Tratamento de dados: IBM SPSS[®] e Excel[®].

Cronograma: - Recolha de dados prévia à avaliação, em janeiro de 2020: Verificou-se que das 311 grávidas, seguidas em 2019, apenas 41,2% recorreram a CPC; - Apresentação e discussão dos resultados na USF, em novembro

de 2020; - Aplicação de estratégias de intervenção em 2021; - Recolha de dados para nova avaliação, em janeiro de 2022: Verificou-se que das 178 grávidas, seguidas em 2021, apenas 39,3% recorreram a CPC.

Discussão e Conclusão: Com a primeira recolha e avaliação de dados, verificou-se que a maioria das grávidas não frequentou CPC. Não se verificou uma melhoria na última avaliação, apesar das intervenções efetuadas.

Os resultados da última avaliação podem dever-se, em parte, à pandemia COVID-19, que diminuiu a acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários, por um longo período de tempo, o que dificultou quer a intervenção educacional junto das utentes em idade fértil, quer marcação de CPC.

Perante estes resultados, é evidente a necessidade a sensibilização dos profissionais de saúde e das MIF para este tipo de consulta, sendo que é crucial aumentar a literacia em saúde destas utentes.

A maioria das MIF não procura atempadamente informação acerca da gravidez, sendo que os profissionais de saúde devem oferecer cuidados pré-concecionais oportunistas a estas utentes.

PD 237

USF GO GREEN

Ana Catarina Esteves¹; Cristina Bastos¹; Marta Gomes da Costa¹;
Patrícia Gandolfo¹; Gonçalo Botelho¹; Isabel Tavares¹;
Jenifer Rua¹; Maria Mendes¹; Andreia Pacheco¹; Nina Giles¹

¹USF Conde de Oeiras

Introdução: Em 2017, Portugal assumiu compromissos nacionais e internacionais no domínio da sustentabilidade, dos quais se destaca o Acordo de Paris e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030.1 Como pessoas e profissionais de saúde integrados na comunidade e com interesse na área da sustentabilidade em saúde, somos chamados a uma profunda reflexão sobre o que queremos para a nossa comunidade. Por isso, acreditamos nos ODS criados, e destacamos a importância de alguns em particular, como o ODS “3. Saúde de qualidade” e ODS “11. Cidades e comunidades sustentáveis”.1

Objetivos: O presente projeto de intervenção pretende tornar o nosso local de trabalho, que é também o local onde fazemos educação para a saúde, num lugar mais sustentável, mais consciente ambientalmente em consonância com os ODS assumidos mundialmente.

Materiais e métodos: Este projeto consiste em identificar pontos de melhoria, relativos ao consumo/desperdício, nos circuitos de funcionamento da USF durante o ano de 2021. Foi possível o desenvolvimento de duas intervenções. A primeira, no circuito de enfermagem, relaciona-se com o

excedente de dispositivos médicos e material de consumo não clínico cujo destino tem sido a incineração. Para aproveitamento deste material foi desenvolvido um protocolo de articulação entre a USF e a organização não governamental Médicos do Mundo (MdM), que se manterá válido enquanto útil para ambas as partes, sendo expectável a recolha da totalidade do excedente disponível na USF. A segunda, no circuito do secretariado clínico, relaciona-se com o consumo excessivo de papel. O levantamento desta necessidade foi feito através da unidade de aprovisionamento do ACES. Foi desenvolvido pela equipa um conjunto de fluxogramas de procedimentos, designados de “USF paperless”, que pretendem ajudar os utilizadores a implementar as estratégias delineadas para redução do consumo do papel.

Resultados e conclusão: A articulação USF e MdM permite o reaproveitamento de material que se encontra em boas condições, e que não chegaria a ser utilizado sem este protocolo. Desta forma, conseguimos criar uma parceria sustentável e, que poderá ser, quem sabe, extensível não só a outras unidades do ACES como também a outras organizações não governamentais que necessitem. A “USF paperless” encontra-se em implementação e pretende-se uma redução de 25% com a implementação destas medidas. A colocação em prática destas medidas poupadoras de papel respeita os ODS assumidos e facilita não só a manutenção da proteção de dados, como também a melhoria da qualidade dos registos dos profissionais. Contudo, apresenta dificuldades relativas à sua introdução, nomeadamente, resistência dos profissionais a um procedimento novo, o tempo de execução aumentado e a dificuldade na integração com procedimentos já existentes. Estas dificuldades são ultrapassadas recorrendo aos fluxogramas de apoio que estão disponíveis na pasta partilhada da unidade de saúde familiar.

Assim, ao alterarmos as nossas atitudes e comportamentos face ao uso dos recursos, tornamo-nos num centro de saúde e numa comunidade que caminham em direção à sustentabilidade.

PD 238

ESTUDO CHOOSE: AS ESCOLHAS CONTRACETIVAS EM MULHERES COM OBESIDADE CLASSE 2 NOS CSP DE VILA NOVA DE GAIA E ESPINHO

Leonardo Napoleão¹; Teresa Andrade²; Ana Vidal³; Pedro Sonié⁴; Daniela Saraiva¹; Ana Araújo⁵; Ana Silva⁵; Carla Cardoso⁶; Catarina Baía⁷; Eduarda Alves⁸; Luís Lira⁹; Sara Albuquerque⁵; Inês Rodrigues⁹; João Louçano²; Mariana Cruz⁸; Mariana Horta⁵; Ana Costa⁹; Eduardo Almeida¹; Joana Silva⁶; Filipe Santos⁶; Marta Neves⁴; Paulo Graça²; Raquel Borges⁷; Sara Teixeira⁴; Sara Leite⁶

¹USF Canelas - ACeS Grande Porto VIII - Espinho/Gaia; ²USF Camélias - ACeS Grande Porto VII - Gaia; ³USF Nova Via - ACeS Grande Porto VIII - Espinho/Gaia; ⁴USF Arco do Prado - ACeS Grande Porto VII - Gaia; ⁵USF Nova Salus - ACeS Grande Porto VII - Gaia; ⁶USF Anta - ACeS Grande Porto VIII - Espinho/Gaia; ⁷USF St.º André de Canidelo - ACeS Grande Porto VII - Gaia; ⁸USF São Miguel - ACeS Grande Porto VIII - Espinho/Gaia; ⁹USF Barão do Corvo - ACeS Grande Porto VII - Gaia

Introdução: Nos últimos anos tem havido um aumento da prevalência da obesidade entre mulheres em idade fértil, o que constitui um problema a ser considerado na escolha do método contraceutivo. Sabe-se que as mulheres obesas estão em maior risco de desenvolver eventos tromboembólicos, risco este que aumenta consideravelmente aquando da utilização de um método contraceutivo hormonal combinado (CHC). Por este motivo, e segundo a evidência científica mais atual, a utilização de CHC nestas mulheres está classificado como categoria 3 (o uso do método não é recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite), devendo-se optar por métodos com progestativo isolado ou métodos não hormonais, como alternativas. A equipa de saúde familiar tem um papel central na vigilância multissistémica das mulheres integradas no programa de planeamento familiar (PF), sendo essencial a escolha adequada do método contraceutivo em mulheres obesas.

Objetivo: Este estudo de investigação tem como finalidade descrever a terapêutica contraceutiva nas mulheres obesas de classe 2 com idades compreendidas entre 15 e 49 anos, inscritas no programa de PF em 9 USF's de 2 ACeS da região norte.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo transversal que incluiu todas as utentes do sexo feminino em idade fértil (15-49 anos), com IMC ≥ 35 kg/m² e que estavam inscritas nas USF's intervenientes e inseridas no programa de PF. A amostra foi recolhida através da plataforma MIM@UF e a identificação do método anticoncepcional utilizado pelas utentes e respetivos antecedentes tromboembólicos (TEV, AVC e EAM) através do processo clínico eletrónico (SClínico). Foram excluídas as mulheres grávidas, mulheres sem consulta nos últimos 5 anos e mu-

lheres com erros de registo nos dados antropométricos.

Resultados: Novecentas e quarenta mulheres foram incluídas na análise (idade média = $36,8 \pm 8,8$ anos; IMC médio = $39,2 \pm 4,0$ kg/m²). Desta amostra, 27,7% estavam a fazer CHC, 25,6% estavam a fazer progestativo oral e 19,1% estavam a fazer um método não hormonal. No que respeita a eventos tromboembólicos, 1,5% tinham antecedentes de TEV, 0,6% de AVC e 0,1% de EAM (Tabela 1). Tendencialmente, as mulheres a fazer CHC eram mais novas e apresentavam um menor IMC ($32,5 \pm 8,7$ anos e $38,7 \pm 3,5$ kg/m²) quando comparadas com as mulheres a fazer progestativo de forma isolada ($35,5 \pm 8,2$ anos e $46,4 \pm 4,1$ kg/m²).

Discussão: A CHC é o método mais utilizado pelas mulheres com IMC ≥ 35 kg/m² seguidas em PF nas USF's intervenientes, apesar do seu uso não estar recomendado neste grupo. Dado o elevado risco de TEV que acarreta, é essencial mudar paradigmas e implementar medidas corretivas para a melhoria do aconselhamento contraceptivo nas consultas de PF nos CSP.

PD 239

RELATO DE PRÁTICA: EMAIL EM MGF – UMA HERANÇA DA PANDEMIA

Inês Filipa Salsa Guerra¹; Diogo Alexandre Antunes Carapito¹;

Laura Sofia Revés Pereira da Silva¹

¹USF Mactamã

Introdução: A atividade médica em cuidados de saúde primários (CSP) divide-se na vertente presencial e não presencial. Da vertente não presencial fazem parte o email e o telefone, com utilidade na gestão em alguns contextos clínicos.

Antes da pandemia COVID-19 o email já era uma ferramenta disponível como via de comunicação com os utentes, mas não utilizada de forma sistemática. Em resposta aos desafios impostos pela pandemia, o email passou a ser utilizado como meio de contacto alternativo, permitindo agilizar consultas de doença aguda, aferição de necessidade de consulta presencial, gestão terapêutica, pedidos de relatórios médicos, receção de resultados de exames e esclarecimento de dúvidas clínicas.

Houve uma alteração no paradigma da prática clínica, que se mantém na atualidade, com o email a ter um papel importante como via de contacto dos utentes.

Objetivos: Este trabalho tem como Objetivos: avaliar e caracterizar a utilização do email; caracterizar os utentes que beneficiaram deste meio de comunicação; avaliar a adequação no uso do email de acordo com critérios previamente definidos; avaliar o tempo de resposta.

Materiais e métodos: Os dados obtidos resultaram da atividade clínica do email institucional de um especialista numa Unidade de Saúde Familiar. A colheita de dados decorreu entre 24 de janeiro e 18 de fevereiro de 2022. A base de dados foi construída e analisada com a ferramenta Excel.

Os emails foram categorizados como adequados ou não adequados de acordo com critérios pré-definidos, já conhecidos pelos utentes. Foram considerados adequados emails para esclarecimento de dúvidas não urgentes e envio de resultados de exames previamente acordados.

Os emails que abordavam pedidos de receituários, cuidados respiratórios, renovação de fisioterapia, doença aguda, baixas ou justificações de faltas foram considerados inadequados.

Os emails foram também caracterizados por assunto: pedido de consulta/contacto; esclarecimento de dúvidas; informação clínica; resultados de exames; burocracias; pedido de exames; COVID.

Resultados e conclusões: Durante o período de colheita de dados foram recebidos 110 emails e enviadas 75 respostas. Em média, por dia útil, recebemos 5,5 emails e demorámos 2,7 dias a responder. Dos emails recebidos, 71% foram adequados. As categorias dos emails mais frequentemente enviados foram: resultados de exames (37%), informação clínica (33%) e burocracias (24%). A idade média dos utilizadores do email foi de 45,0 anos, com predomínio de mulheres (68%). Em 77% das situações o email foi utilizado para tratar de assuntos do próprio e em 21% para assuntos de familiares. Em 5% dos casos foram abordadas questões do próprio e de familiares.

A percentagem de adequação da utilização do email foi de 71% que, embora satisfatória, revela a necessidade de reforço dos critérios de utilização do mesmo junto dos utentes. Paralelamente, o aumento de resposta da equipa médica por outras vias poderá melhorar o nível de adequação. Relativamente aos tempos de resposta o valor obtido deve-se ao facto de, no período em causa, a equipa responsável pela gestão do email ser composta por 3 elementos (1 especialista e 2 internos).

A utilização desta ferramenta melhora a acessibilidade dos utentes e ultrapassa algumas limitações de outras vias de contacto (pelos horários, disponibilidade do profissional, ausência de necessidade de deslocação). Contribui também para melhoria da prática clínica, reduzindo o número de contactos presenciais desnecessários e permitindo ao médico maior facilidade na gestão do seu horário.

Não obstante as suas vantagens, a utilização do email acarreta questões de confidencialidade e proteção de dados.

Trata-se de uma ferramenta sem limitação de horário ou quantidade, colocando um desafio à gestão de carga horária do profissional.

O email é uma ferramenta benéfica para os CSP, em linha com a transição digital em curso, carecendo de uma gestão cuidadosa e com critérios bem definidos.

PD 240

VIGILÂNCIA MÉDICA DE TRABALHADORES QUE REALIZAM TRABALHO POR TURNOS NUM HOSPITAL PORTUGUÊS

Pedro Miguel Madeira de Matos¹; Paulo Pinho¹;
Francisco Carvalho¹; Nuno Saldanha¹; Vanessa Teófilo¹;
Pedro Norton¹

¹*Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar Universitário de São João*

Introdução: O trabalho por turnos (TT) é definido pelo artigo nº 220 do Código de Trabalho Português (CTP) como uma "organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho (...) podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas". É mais frequentemente prestado no setor da saúde (40%), seguido pelo setor dos transportes (33%), indústria (28%), comércio e hotelaria (27%).

De acordo com o artigo nº 223 do CTP, o trabalho noturno (TN) é o "trabalho prestado por um período mínimo de 7 horas e máximo de 11 horas, compreendendo o intervalo entre as 0 e 5 horas". No Centro Hospitalar Universitário de São João, no ano de 2021 e excluindo o trabalho suplementar, a soma total do número de horas de TN prestado é de 10.824.789 horas.

O TT está associado a inúmeros efeitos adversos na saúde dos trabalhadores. O risco de ocorrência de acidentes de trabalho é cerca de 2.77 vezes superior durante os turnos noturnos quando comparados com os turnos diurnos.

Assim, torna-se essencial a criação de um protocolo de vigilância médica da saúde de profissionais de saúde (PS) que realizam TT.

Objetivos: Criação de um protocolo de vigilância médica da saúde de PS que realizam TT, de forma a uniformizar os procedimentos a adotar pelo Serviço de Saúde Ocupacional de um hospital terciário português.

Revisão da principal matéria legal relativa ao TT, incluindo o TN, da principal enfoque nos trabalhadores do setor da saúde.

Material e métodos: Revisão bibliográfica dos principais aspetos referentes à prestação de TT e as suas consequências na saúde dos trabalhadores, com recurso às bases de dados *Pubmed*/MEDLINE.

Revisão da matéria legal relativa ao TT com recurso ao Diário da República Eletrónico.

Resultados e conclusões: O TT está associado a uma perturbação do ritmo circadiano e a privação de sono, o que aumenta o risco de desenvolvimento de perturbações do humor e de ansiedade.

Trabalhadores noturnos tendem a apresentar um índice de massa corporal superior aos trabalhadores diurnos, assim como anomalia do metabolismo da glicose, com risco aumentado de diabetes mellitus tipo 2.

A IARC (International Agency for Research on Cancer) categoriza o trabalho por turnos noturno como um agente provavelmente carcinogénico para humanos (grupo 2A), existindo uma associação com neoplasia da mama, próstata, cólon e reto.

O TT e o TN encontram-se associados a um risco aumentado de doença cardíaca e acidente vascular cerebral isquémico. O TN aumenta também a prevalência dos fatores de risco metabólicos associados a estas patologias.

O TT e o TN aumentam o risco de parto pré-termo, aborto espontâneo, recém-nascido pequeno para a idade gestacional e de doença hipertensiva da gravidez.

A tolerância ao TT é variável e depende da interação entre diversos fatores, nomeadamente as condições socioeconómicas, estilos de vida, comorbilidades e características psicológicas do trabalhador.

De acordo com o artigo nº 225 do CTP, "o empregador deve assegurar exames de saúde gratuitos e sigilosos ao trabalhador noturno destinados a avaliar o seu estado de saúde (...)".

Os exames médicos realizados pelo Médico do Trabalho devem ser efetuados em momentos específicos: avaliação médica inicial e periodicamente. Devem contemplar a colheita de uma história clínica, realização de exame objetivo e requisição/interpretação de meios complementares de diagnóstico.

Várias patologias poderão representar uma contraindicação absoluta ou relativa para a realização de TT e/ou TN, sendo que a decisão final da aptidão para o trabalho deve ser ponderada caso a caso.

Tendo em conta o potencial efeito nocivo que o TT pode apresentar para um trabalhador suscetível, a existência de um protocolo de vigilância da saúde bem definido é fundamental para garantir a vigilância apropriada da saúde de todos os trabalhadores e diminuir as taxas de absentismo e presenteísmo, respeitando o binómio posto de trabalho e saúde do PS.

PD 241

REMOÇÃO DE PÓLIPOS DO CÓLON E RECTO EM DOENTES SOB ANTI-AGREGANTES PLAQUETÁRIOS OU ANTI-COAGULANTES

Márcia Lopes¹; Joana Soares Serra¹; Alice Vicente¹

¹USF Descobertas

Introdução: A sensibilização crescente das populações e profissionais para a necessidade do rastreio do cancro colorectal conduzirá a um aumento do número de colonoscopias e consequentemente de eventuais polipectomias. Por outro lado, com o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida, o elevado número de doentes anti-agregados e/ou anti-coagulados vai exigir do médico de família conhecimentos sobre como manejar a terapêutica dos mesmos perante situações de polipectomias ou outras técnicas endoscópicas de elevado risco hemorrágico.

Objetivos, material e métodos: Revisão de artigos científicos publicados na Medline e *Pubmed*, entre 2011 e 2021, das *guidelines* da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, da British Society of Gastroenterology, da European Society of Gastrointestinal Endoscopy e da American Society of Gastrointestinal Endoscopy.

Resultados e conclusões: Perante um doente anti-agregado e/ou anti-coagulado que vai ser submetido a uma endoscopia gastro-intestinal há que ter em consideração 3 aspectos fundamentais: 1) o risco hemorrágico do procedimento, 2) o risco tromboembólico do doente e 3) as características do fármaco anti-agregante ou anti-coagulante. (tabela)

As autoras apresentam ainda os critérios de baixo e alto risco trombótico do doente e tecem algumas considerações em relação ao bridging com HBPM em certos grupos de doentes. Com esta revisão de tema pretendeu-se sistematizar a informação atualizada sobre a melhor orientação a dar aos doentes sob anti-agregação e/ou anti-coagulação que vão ser submetidos a colonoscopia com ou eventual polipectomia.

PD 242

EXAME CLÍNICO DA MAMA – QUAL O SEU PAPEL COMO MÉTODO DE RASTREIO?

Margarida Morais Lopes¹; Cláudia Ribeiro Ferreira²;

Mafalda Proença-Portugal¹

¹USF da Baixa - ACES Lisboa Central; ²ACES Loures-Odivelas

Introdução: O cancro da mama é a neoplasia mais comum no sexo feminino e a primeira causa de morte oncológica nas mulheres europeias. Nos cuidados de saúde primários a prática clínica diária inclui atividades de rastreio desta patologia, como o exame clínico da mama (ECM). No entanto,

não existe consenso sobre a sua adequação para detecção precoce desta patologia e quanto à sua eficácia.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é rever a informação cientificamente relevante quanto à recomendação do ECM como método de rastreio do cancro da mama.

Material e métodos: Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com os termos mesh: Breast Neoplasms, Early Detection of Cancer e Physical Examination. Incluíram-se artigos em português e inglês publicados entre Janeiro 2012 e Janeiro 2022. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: *Pubmed*, *The Cochrane Library* e *Triptdatabase*, com inclusão de normas de orientação clínica, meta análises e revisões de tema. Foi também realizada pesquisa no *Uptodate* e *Dynamed*.

Resultados e conclusões: Da pesquisa inicial obtiveram-se 20 artigos, dos quais foram selecionados 5 que apresentavam informações relevantes para o trabalho. No total foram analisadas 7 referências bibliográficas. Nesta análise, não existe consenso relativamente à recomendação do ECM enquanto método de rastreio. Um método de rastreio deve ser sensível e específico, sendo que nos artigos revistos a especificidade do ECM varia entre 94-99%, mas a sensibilidade varia entre os 21 e 69%. Em todas as fontes, existe concordância que o ECM pode ter um papel importante como método de rastreio em países em desenvolvimento, em que existe acesso limitado a métodos imagiológicos. As recomendações das principais sociedades também diferem quanto à inclusão ou não do ECM como modalidade de rastreio - a American Academy of Family Physician e a United States Preventive Services Task Force afirmam que não há evidência suficiente para recomendar a favor ou contra a realização do ECM; a National Comprehensive Cancer Network recomenda a sua realização a cada 2 anos em mulheres com mais de 40 anos, American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda uma decisão partilhada com a utente, e, caso a decisão seja realizar o ECM, a frequência é de 1 a 3 anos em mulheres entre os 20 e os 39 anos e anualmente em mulheres a partir dos 40 anos; a Canadian Task Force on Preventive Health Care e a American Cancer Society não recomendam a sua realização. Em todos os artigos é explícita a falta de evidência científica através de estudos randomizados e controlados de grandes dimensões.

PD 243

ANEMIA FERROPÉNICA INTRINCADA – QUANDO O DOENTE É A CAUSA DO PROBLEMA

André Filipe Pereira de Almeida Nazaré¹;
Ana Margarida Esteves Correia do Outeiro¹;
Inês Filipa Garcia Moreira¹; Beatriz Henriques Antunes¹;
Vera Lúcia Sá Figueiredo Gomes¹; Cristiane Costa Lourenço¹
¹UCSP Vouzela

Introdução: A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia e resulta maioritariamente de perda de sangue, sendo a má absorção uma causa menos comum. Nos homens a causa mais frequente de anemia ferropénica é o sangramento oculto crónico, muitas vezes do trato gastrointestinal. As reservas de ferro são baixas, com baixos níveis de ferritina e ferro sérico. Em geral, os sintomas são inespecíficos, envolvendo cansaço e astenia que podem passar despercebidos se a diminuição de hemoglobina for gradual. O tratamento envolve a reposição de ferro e o tratamento etiológico da anemia.

Descrição: Utente do sexo masculino com 73 anos, antecedentes de Hipertensão arterial, Diabetes mellitus tipo II e dislipidémia, seguido pelo seu médico de família com consultas de vigilância semestrais, medicado com antihipertensores, antidiabéticos orais e estatina. Iniciou quadro de anemia ferropénica em outubro de 2020 (Hemoglobina: 11,3 e Ferritina: 11,2), sem referência a perdas sanguíneas. Medicado com Proteínossuccinato de ferro desde então.

Realizou investigação etiológica de anemia ferropénica com endoscopia digestiva alta (EDA) – que revelou “Esofagite péptica de grau A, gastrite ligeira do antro e bulbite moderada” – e colonoscopia – que não revelou alterações exceto “micropólipo pelos 20 cm retirado por ansa diatérmica não recuperado”.

Mesmo apesar das contingências da pandemia COVID-19, o doente teve mais que uma consulta mensal para controlo do hemograma junto do seu médico de família.

Devido a agravamento de anemia (Hemoglobina: 9.5 e Ferritina: 9.6 em janeiro de 2021), apesar da terapêutica instituída (inclusive com alteração para ferro gradumet por conselho de colega de Medicina Interna, por suspeita de má absorção), realizou TC Toraco-abdomino-pélvica que não revelou alterações.

Em fevereiro de 2021 teve agravamento das queixas de cansaço, astenia e tonturas. Nessa altura apresentava Hemoglobina: 6.5 no hemograma de controlo, o que motivou ida ao serviço de urgência (SU). Lá realizou transfusão com concentrado eritrocitário (CE) e ferro endovenoso (EV), tendo alta para domicílio com indicação para manutenção de

terapêutica e controlo analítico regular.

Após duas semanas, por novo quadro de recrudescimento dos sintomas, realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes cujo resultado foi positivo. Enviado novamente para o SU (Hemoglobina: 7.1) para nova transfusão de CE, tendo sido decidido internamento para estudo etiológico. Neste realizou endoscopia por videocápsula que não revelou alterações que justifiquem anemia, tendo tido por isso alta.

Em março de 2021, por agravamento do quadro, foi outra vez internado para repetição de EDA com enteroscopia de pulsão. Esta diagnosticou “hemorragia intermitente relacionada aparentemente com um ponteado microangiectásico duodenojejunal.” Também nesse internamento foi feita reconciliação terapêutica, tendo sido descoberto que o doente estava medicado com antiagregante oral, por iniciativa própria (sem receita médica) e sem o conhecimento dos médicos assistentes.

Com a suspensão do fármaco e suplementação bimensal de ferro EV, o doente resolveu completamente o quadro, com desaparecimento de toda a sintomatologia e recuperação de valores normais de Hemoglobina (13) e ferritina (69) em junho de 2021.

Conclusão: Este caso clínico vem evidenciar o papel da vigilância e acompanhamento do utente com patologia subaguda progressiva pelo seu médico de família, bem como a importância do estudo etiológico nestas situações, ainda que por vezes o mesmo não possa ser completado sem o apoio dos cuidados de saúde secundários.

A iatrogenia medicamentosa continua a ter um papel preponderante nos problemas de saúde dos nossos utentes, perpetuada, por vezes, pela cedência de fármacos sem receita nas farmácias. É por isso fundamental o processo de reconciliação terapêutica, realizando um inquérito sistemático de toda a terapêutica do utente, não nos guiando apenas pelas plataformas eletrónicas de apoio à clínica.

PD 244

NO LIMITE – RELATO DE UM CASO DE BURNOUT

Laura Silva¹; Diogo Abreu¹; Helena Alves¹; Miguel Pereira¹;
Margarida Coelho¹; André Santos¹; Daniel Melo¹;
Ana Paula Sardo¹; Fernando Mautempo¹
¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O conceito de Burnout foi descrito pela primeira vez por Herbert Freudenberger, em 1974, como um estado de colapso físico e/ou mental causado por uma carga de trabalho excessiva. Encontra-se atualmente incluído na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) como um fenómeno especificamente ocupacional e é definido como uma resposta prolongada ao stress crónico

no posto de trabalho. Caracteriza-se por três dimensões, nomeadamente a exaustão emocional, a despersonalização e uma diminuição da realização pessoal. Está descrita a sua associação com alterações fisiológicas decorrentes do stress, abuso de álcool e substâncias, perturbações de ansiedade e depressão, risco de suicídio e implicações socioeconómicas (absentismo laboral, abandono de carreira e redução da produtividade).

Descrição: Descreve-se o caso de um homem de 51 anos, há 9 anos assistente técnico nos Serviços Financeiros de um centro hospitalar, promovido a cargo de chefia de serviço há 2 anos. Casado, com uma boa relação conjugal e família nuclear. Antecedentes pessoais de asma, esteatose hepática, presbiopia e apneia obstrutiva do sono. Em exame periódico de medicina do trabalho refere insónia com cerca de 1 mês de evolução em relação com aumento da carga laboral. Foram recomendadas medidas de higiene do sono e técnicas de relaxamento. Em reavaliação após 6 meses, mantinha queixas de insónia e sono não reparador, nesta fase já associadas a ansiedade e ideias ruminantes relacionadas com o trabalho, ataques de pânico frequentes, anedonia, dificuldade na tomada de decisões, perda de apetite, lapsos de memória, desesperança e sentimentos de desvalorização pessoal. No exame médico, apresentava labilidade emocional, choro fácil, adinamia e fácies triste. Ainda nesse mês, descreveu episódio de ataque de pânico intenso com incapacidade laboral, só se sentindo confortável no silêncio e na escuridão. Pela ausência de melhoria clínica, o trabalhador foi considerado inapto temporário para o trabalho durante 4 semanas e foi referenciado com urgência para consulta de Psiquiatria por provável quadro de Burnout. Na consulta de Psiquiatria, foi apurada diminuição da interação social, irritabilidade, impulsos auto-lesivos, queixas cognitivas, desorganização do pensamento, ansiedade evidente (cognitiva e neurovegetativa) e humor hipotímico. Sem sintomas psicóticos e sem ideação suicida. Como fatores de agravamento, referiu o isolamento social e o teletrabalho obrigatórios durante a fase inicial da pandemia COVID-19, a falta de recursos humanos no seu serviço, poucos dias de férias gozados nesse ano e a carga laboral e responsabilidade excessivas. Descrevia-se como tendo uma personalidade de base otimista, sem níveis de neuroticismo apreciáveis, sociável. Foi medicado com escitalopram 10 mg id, clorazepato dipotássico 10 mg id e iniciou psicoterapia. Nos meses seguintes, evoluiu favoravelmente, com sono conciliado farmacologicamente, menor labilidade emocional e menor tendência para a reclusão. Feita reintegração faseada no seu posto de trabalho com sucesso. À data, o trabalhador apresenta franca melhoria, com regresso total às

suas funções laborais, mantendo seguimento em consulta de Psiquiatria, com terapêutica neuroléptica em esquema de desmame e acompanhamento em psicoterapia.

Conclusão: O Burnout é um fenómeno real que pode manifestar-se de diversas formas, com consequências negativas tanto para o próprio indivíduo como para as organizações. A valorização e o reconhecimento deste fenómeno ocupacional são essenciais para a sua prevenção, deteção precoce, orientação e acompanhamento correto e atempado.

PD 245

GANGLIONEUROMA PARAVERTEBRAL EM IDADE PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO

Andreia Lasca¹; Pedro Lopes Vaz¹; Inês Laia¹; Ana Luísa Pinto¹; Inês Santos Cruz¹; Daniela Moreira¹

¹USF *Viriato*

Introdução: A Consulta de Saúde Infantil (CSI) em Cuidados de Saúde Primários (CSP), baseada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), é fundamental na avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, das perturbações emocionais e do comportamento. A criança é um ser em desenvolvimento contínuo: motor, cognitivo, emocional e social, sendo a sua avaliação um desafio constante.

Descrição: Criança do sexo masculino, 3 anos, gravidez vigiada e sem intercorrências, nascimento por parto eutócico às 39 semanas de gestação sem complicações. Apgar de 9,10,10. Somatometrias adequadas. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Sem medicação habitual. Plano Nacional de Vacinação atualizado.

A criança foi seguida pelo seu médico de família (MF) desde o nascimento, tendo sido realizadas todas as consultas nas idades-chave preconizadas no PNSIJ. Não foram identificadas alterações nas curvas de crescimento ou sinais de alarme até à consulta dos 2 anos. Nesta, os pais revelaram preocupação com a criança por mostrar dificuldades motoras progressivas e dor nos membros inferiores (MI). Segundo os pais, iniciou a marcha aos 16 meses, no entanto sempre caminhou em pontas dos pés, nunca correu, subiu ou desceu escadas autonomamente. Ao exame objetivo foi observado sinal de gowers positivo, hipotonia axial e apendicular, fraqueza proximal da cintura pélvica e marcha de base alargada com tendência a pé pendente. Inicialmente, realizou-se uma radiografia à bacia e à coluna em filme extralongo onde se identificou apenas uma ligeira atitude escoliótica dorsolombar de convexidade esquerda centrada em L2-L3. Por manutenção do quadro de alarme, foi referenciado a consulta de neuropediatria (CNP) e de medicina física e de reabilitação. Em CNP foi efetuada uma ressonân-

cia magnética nuclear (RMN), tomografia por emissão de positrões (PET) e biópsia guiada por tomografia computadorizada (TC). Na RMN foi descrita a presença de uma formação expansiva volumosa com dimensões de 45x39x31mm, de contornos bem definidos, na transição dorsolombar e lombar superior a nível paravertebral lateral à direita com invasão intracanal extradural. Posteriormente, realizou PET e biópsia guiada por TC cujo diagnóstico foi ganglioglioma paravertebral. Perante os achados dos exames foi decidido em conjunto com os pais o tratamento cirúrgico do tumor, exérese total que ocorreu sem complicações no imediato. Após a excisão, registou-se uma melhoria dos potenciais motores e melhoria discreta dos potenciais sensitivos bilateralmente. Neste momento, a criança encontra-se a cumprir um programa de reabilitação que tem evidenciado uma resposta clínica favorável, apresentando força motora contra a gravidade nos MI e para movimentos sem aparente dificuldade ou dor.

Conclusão: Este relato de caso destaca a importância do cumprimento do PNSIJ nos CSP. O programa permite o contacto próximo e assíduo do MF com a criança e os pais, permitindo não só avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como explorar as ideias, expectativas e preocupações dos respetivos, em todas as fases. Neste sentido, na CSI dos 2 anos identificou-se uma preocupação dos pais, que fundamentada através do exame objetivo, levou à exploração, diagnóstico e tratamento de uma patologia benigna rara com impacto marcado no desenvolvimento global da criança.

PD 246

UM CASO DE HEMATÚRIA RECORRENTE

Anaísa Silva¹; Ricardo Alves Coelho¹

¹USF Feijó

Introdução: A síndrome de quebra-nozes (SQN) é uma entidade clínica rara, de diagnóstico difícil e tardio, que resulta da compressão extrínseca da veia renal esquerda (VRE) entre a aorta abdominal (AA) e a artéria mesentérica superior (AMS). O quadro clínico é variável, podendo ser completamente assintomática ou manifestar-se tipicamente por episódios de hematúria com ou sem dor lombar esquerda. Outros sintomas frequentes incluem varicoceles à esquerda em homens e em mulheres a síndrome de congestão pélvica (dismenorreia, dispareunia, disúria e varizes vulvares). A proteinúria ortostática pode ser uma manifestação ocasional. É importante realçar que, apesar de ser uma anomalia primariamente vascular, as suas manifestações clínicas são sobretudo urológicas e ginecológicas. A maioria dos doentes são adolescentes ou jovens adultos

com um perfil longilíneo e é mais frequente no sexo feminino. O diagnóstico da síndrome é essencialmente clínico, imagiológico e necessariamente de exclusão. O ecodoppler das veias renais é o exame de eleição na avaliação inicial, sendo confirmado por exames de imagem como a TC (Tomografia Computorizada) e a RMN (Ressonância Magnética nuclear). O tratamento desta síndrome é controverso, variando entre o tratamento conservador e a nefrectomia.

Descrição: O caso clínico refere-se a um jovem caucasiano, de 17 anos, solteiro, estudante. Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Múltiplas vindas a consulta aguda no último ano por episódios recorrentes e intermitentes de hematúria sem lombalgia associada. O exame físico apresentava-se normal, assim como todos os exames laboratoriais sanguíneos, incluindo hemograma, bioquímica e estudo sumário da coagulação. O sedimento urinário revelava micro-hematúria, sem dismorfias eritrocitárias. Foi pedida ecografia renal, sugestiva de dilatação da VRE. Nesta altura foi referenciado a consulta de nefrologia onde a TC abdomino-pélvica e RMN confirmaram a existência de compressão da VRE entre a AMS e a AA, estabelecendo o diagnóstico de SQN. Optou-se por terapêutica conservadora com vigilância clínica, mantendo-se o doente ao fim de 2 anos de seguimento assintomático e sem resolução ou agravamento da sua micro-hematúria.

Conclusão: O presente caso permite-nos refletir sobre a importância de valorizar, compreender e investigar detalhadamente um quadro de hematúria a esclarecer. A anamnese, exame objetivo e estudo analítico do doente são a grande chave para a suspeição diagnóstica e consequente marcha de exames complementares para exclusão de outras possíveis causas de hematúria. Por ser uma entidade rara e um diagnóstico de exclusão, é um processo que pode ter duração de vários meses com grande impacto na qualidade de vida dos doentes. No caso apresentado, com manifestações sintomáticas discretas, a vigilância clínica é a atitude mais acertada. O objetivo da divulgação deste caso clínico é o de alertar para a importância de ser considerada um diagnóstico diferencial de causas de hematúria, de reduzir o atraso até ao diagnóstico e melhorar o conhecimento teórico subjacente desta patologia rara.

PD 247

NEFRITE DO SHUNT – UMA MANIFESTAÇÃO TARDIA DE UMA COMPLICAÇÃO RARA

Mariana Santos Fernandes¹; Lisete Santos Lopes¹

¹USF Parque da Cidade

Introdução: Os Shunts Cerebrais (SC) surgem como tratamento da hidrocefalia e de outros casos de obstrução do fluxo normal ou diminuição da absorção do Líquido Cefalorraquidiano (LCR). Estes shunts consistem num cateter colocado na cavidade ventricular cerebral, conectado a uma válvula, por sua vez conectada a um cateter distal. Este último pode drenar o LCR para a cavidade peritoneal, aurícula cardíaca ou espaço pleural, sendo denominados respetivamente de Shunt Ventrículo Peritoneal (SVP), Shunt Ventrículo Auricular (SVA) e Shunt Ventrículo Pleural (SVPL). Apesar das infeções dos SC apresentarem uma incidência geral de 7% a 27%, a Nefrite do Shunt (NS) é uma complicação muito rara de infeção mediada por imunocomplexos, com uma incidência estimada de 0.8%. A NS pode se manifestar com uma plethora de sinais, sintomas e alterações laboratoriais pouco específica. As manifestações mais comuns são hematúria, febre, hipertensão e edema e outras menos frequentes, como alterações cutâneas, artralguas e mialgias. A nível laboratorial, podemos ter anemia, proteinúria e hipocomplementémia.

A NS pode ocorrer como complicação imediata após a colocação do shunt ou até várias décadas depois. Os doentes com esta complicação, em geral, têm um desfecho favorável, após terapêutica antibiótica, remoção do shunt, ou ambos, podendo, no entanto, evoluir para doença renal terminal caso não seja reconhecida e revertida atempadamente.

Descrição: Mulher de 51 anos de idade, caucasiana, autónoma nas atividades de vida diárias e com atividade laboral na área das limpezas. Antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial (HTA), Síndrome Depressivo, e Hidrocefalia consequente de Traumatismo Crânio-Encefálico em criança, tendo colocado SVP, posteriormente substituído por SVA.

Início do quadro com queixas algícas nos membros inferiores (MIs) e cefaleias, após suspensão de medicação anti-hipertensiva por decisão própria, com diversos contactos com os serviços de saúde. Recorreu a consulta aberta, tendo-se objetivado uma pressão arterial (PA) elevada de 173/94 mmHg e frequência cardíaca de 77 bpm, pelo que foi interpretada como incumprimento terapêutico e reforçada a toma de medicação.

Nas semanas seguintes, recorreu por várias vezes ao Serviço de Urgência (SU) por quadro edemas dos MIs, tendo sido medicada com furosemida e captopril.

Posteriormente, em consulta de vigilância de HTA, mantinha

edema dos MIs ao exame objetivo e apresentava alterações na sua avaliação analítica de rotina, com anemia normocítica normocrômica e microalbuminúria de 2360 mg em amostra de urina. Foi requerida nova avaliação analítica que demonstrou diminuição das proteínas totais para 4.7 g/dL e microalbuminúria em urina de 24h de 9269.7 mg, admitindo-se o diagnóstico de Síndrome Nefrótica e referenciada para o SU hospitalar.

A utente ficou internada onde foi feita biópsia renal que confirmou o diagnóstico de Síndrome Nefrótica no contexto de Glomerulonefrite Proliferativa Endocapilar a Imunocomplexos, secundária a infeção do shunt por *Staphylococcus epidermidis*. Foi tratada a infeção primária com antibioterapia dirigida e removido o SVA, levando à resolução do quadro nefrótico e à normalização do perfil tensional.

Dada a estabilidade clínica da utente e após TC-CE sem sinais de hidrocefalia, foi decidido pela equipa multidisciplinar a não colocação de novo shunt.

Conclusão: Os SC mantêm grande importância no tratamento de hidrocefalia, contribuindo assim para salvar muitas vidas, apesar das suas possíveis complicações, como a NS.

Este caso clínico realça a importância de se prestar particular atenção, em contexto de cuidados de saúde primários, aos sinais e sintomas apresentados por doentes com SC, como hipertensão, proteinúria e edemas dos MIs, orientando uma investigação diagnóstica que possibilite a deteção precoce das possíveis complicações.

PD 248

AValiação da Esperança em fim de Vida: RELATO DE CASO

Maria João Neves¹; Márcia Oliveira²; Paula Sapeta³

¹USF Espinho, ARS Norte, SNS; ²CHVNG/E, SNS; ³IPCB, ESALD

Introdução: Os cuidados médicos em fim de vida, podem tornar-se desmesuradamente dispendiosos e acarretar maleficência, quando descurados de uma vertente humanizada do cuidar. A pele é um importante órgão cujas alterações devem ser identificadas numa abordagem holística, podendo existir sinais que, quando devidamente identificados, permitem um adequado prognóstico, com a redução de procedimentos invasivos e dispendiosos e da prescrição de terapêutica fútil. A avaliação da esperança é uma intervenção importante na integração da pessoa, no processo da doença e da dor.

Descrição: Doente de 49 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar com metastização difusa óssea, com atingimento cranioencefálico, submetido a radioterapia holocraniana, proposto para quimioterapia e imunoterapia,

com agravamento posterior do estado geral, com estudo imagiológico a demonstram invasão do mediastino, artéria pulmonar esquerda, artérias lobares esquerdas e brônquios lobares esquerdos, condicionando obliteração completa do brônquio lobar superior e quase completa do brônquio lobar inferior com atelectasia parcial do pulmão esquerdo consequente. Proposto inicialmente para reperfusão brônquica, contudo com aparecimento do sinal Leser-Trélat. Discutido em equipa a maleficência versus beneficência na intervenção invasiva e manutenção de hipocoagulação, e decido, tendo em conta o reservado prognóstico a não progressão da intervenção e descontinuação da hipocoagulação. Avaliada a esperança com base na Herth Hope Index e no genograma da esperança, e articuladas respostas multiprofissionais atendo às necessidades emanadas pelo doente, apoiando a família, e controlando sintomaticamente o paciente.

Conclusão: Com este caso pretendemos ilustrar a importância do reconhecimento de algumas manifestações paraneoplásicas, dando destaque à observação cutânea no exame objetivo atento. Estas manifestações podem auxiliar os clínicos na prognosticação e no estabelecimento de um plano antecipado de cuidados, com a evicção de procedimentos/intervenções invasivas e terapêutica fútil. A avaliação da esperança pode constituir um importante mote na descoberta da pessoa, por detrás do doente, e na resposta às necessidades psicoespirituais, humanizando e dignificando o cuidar.

PD 249

DOENÇA CELÍACA NO ADULTO – UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Helena Melanda¹; Joana Fernandes Duarte¹

¹USF Buarcos

Enquadramento: A doença celíaca (DC) é uma enteropatia crónica autoimune, induzida pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. A lesão intestinal nesta doença caracteriza-se pela infiltração linfocitária intraepitelial, atrofia vilosa e hiperplasia das criptas do intestino delgado. Na maioria dos doentes é detetada a expressão de anticorpos contra a enzima transglutaminase tecidual. A apresentação da DC ocorre frequentemente na idade pediátrica, embora seja cada vez mais comum o diagnóstico na idade adulta, geralmente com formas de apresentação atípicas ou oligossintomáticas. Os sintomas clássicos incluem diarreia, flatulência, cólica, distensão abdominal e perda de peso. A manifestação extraintestinal mais frequente é a anemia ferropénica, consequente à destruição da mucosa do duodeno proximal, onde ocorre maioritaria-

mente a absorção de ferro. O tratamento da DC consiste no cumprimento de uma dieta isenta de glúten, conduzindo à remissão clínica, laboratorial e histológica.

Descrição do caso: Utente do género feminino, 21 anos, estudante universitária de Ciências Farmacêuticas, inserida numa família nuclear na fase VI do ciclo de vida familiar de Duvall. Sem antecedentes pessoais patológicos ou familiares relevantes, sob contraceção oral combinada (COC). Sem outros hábitos medicamentosos, tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas. Sem restrições alimentares, prática de atividade física regular no ginásio. Encaminha-nos resultado de estudo analítico, solicitado em contexto de consulta programada de Saúde do Adulto, tendo sido detetada anemia microcítica e hipocrómica (hemoglobina 11,8 g/dL), com ferro e ferritina séricos diminuídos. É realizada consulta telefónica, negando alterações do padrão menstrual ou fluxo abundante, perdas hemáticas digestivas ou outras queixas do trato gastrointestinal. Inicia toma diária de hidróxido férrico-polimaltose e repete análises três meses depois, permanecendo assintomática, com ligeiro agravamento da anemia (hemoglobina 11 g/dL) e fraca resposta à suplementação, mantendo valores de ferro e ferritina praticamente sobreponíveis aos anteriores. Entretanto, recorre a consulta de Ginecologia por iniciativa própria, tendo sido alterada a suplementação para proteínosuccinilato de ferro e dada indicação para manter COC ininterruptamente. Passado um mês, apresenta hemograma semelhante e défice de ferro mais acentuado, pelo que foi pedida endoscopia digestiva alta (EDA) e doseamento dos anticorpos anti-transglutaminase, que se revelou positivo. A EDA mostrava enantema sarampiforme no bolbo duodenal, cuja biópsia revelou atrofia ligeira das vilosidades intestinais, com criptas hiperplásicas e linfócitos intraepiteliais, compatível com DC. A utente foi referenciada à consulta hospitalar de Gastroenterologia e orientada para a adoção de uma dieta isenta de glúten, mantendo a toma diária de ferro oral.

Discussão: A forma de apresentação da DC é muito variável, podendo caracterizar-se por um quadro de má absorção intestinal, predomínio de manifestações extraintestinais ou completa ausência de sintomas. Este caso visa sensibilizar o Médico de Família para o reconhecimento de formas atípicas desta doença, lembrando a crescente incidência do diagnóstico na idade adulta, bem como a importância da sua deteção precoce e da implementação da terapêutica adequada, com o objetivo de melhorar o prognóstico e prevenir as complicações da doença.

PD 250

O DESAFIO DE SER "ELA"

Maria Santos¹; Cristiana Soares¹; Gorete Marques¹

¹USF Calâmbriça

Introdução: Considera-se que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando padece de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível, e exista prognóstico vital estimado de 6-12 meses. A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neuromuscular, progressiva e geralmente fatal, com necessidade de acompanhamento e de cuidados específicos por parte do médico de família (MF), de forma a garantir o acesso do doente aos serviços e cuidados necessários. Torna-se imperativo clarificar as necessidades da pessoa em fim de vida e da sua família e ainda discutir um plano avançado de cuidados.

Descrição: Mulher de 80 anos, reformada, viúva, com nível de escolaridade inferior a quatro anos, família unitária, de classe média. Antecedentes pessoais de relevo: hipertensão arterial, dislipidemia e ELA (diagnosticada em maio de 2021). Encontra-se medicada com hidroclorotiazida + amlorida e sinvastatina. O quadro clínico teve início em agosto de 2019, com queixas de disфония e quedas frequentes, que motivaram o recurso a várias consultas abertas no centro de saúde. Não foram identificados outros sintomas associados, como odinofagia, disfagia ou dispneia. Ao exame objetivo não foram detetadas alterações, nomeadamente da orofaringe e ao exame neurológico sumário. Em fevereiro de 2021 foi referenciada pela MF a consulta hospitalar de otorrinolaringologia (ORL), por manutenção das queixas de disфония persistente, sem alívio com medicação instituída. Teve alta da consulta de ORL após realização de vários MCDT's, incluindo fibroscopia, sem alterações. Em abril de 2021, recorre ao SU por quadro de dispneia para esforços progressivamente menores com evolução de um mês, mantendo as queixas de disфония. Sem ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Ao exame objetivo, SatO₂ a 88% em ar ambiente e gasometria a confirmar insuficiência respiratória tipo II com necessidade de ventilação não invasiva (VNI). É internada no serviço de Medicina Interna, tendo sido avaliada por ORL e Neurologia, com evidência ao exame neurológico de alterações compatíveis com doença do neurónio motor. Teve alta referenciada para consulta de Neurologia, tendo realizado eletromiografia em maio de 2021, que confirmou o diagnóstico de ELA. Atualmente é acompanhada em consulta hospitalar de Cuidados Paliativos, Neurologia e Pneumologia. A nível dos Cuidados Saúde Primários (CSP), tem tido visitas domiciliárias de 3/3 meses, a última a 07/02/2022, na qual foi novamente confirmada

a ausência de compreensão relativa à sua situação clínica, bem como à inevitabilidade da progressão da doença, com necessidades crescentes de apoio externo. A doente beneficia de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) para alimentação diária e higiene pessoal uma vez por semana (por opção da doente) e recusa mais apoio. Mantém-se a viver sozinha, sem qualquer suporte familiar, e recusa integração em estrutura residencial para idosos ou de outro tipo. À data de hoje, a doente apresenta disфония, disartria avançada, disfagia ligeira, com suporte noturno de VNI.

Conclusão: Este caso clínico mostra a abordagem a uma doente crónica complexa, com diagnóstico de ELA, uma doença degenerativa e progressiva, que necessita de vários cuidados, quer a nível dos CSP como dos secundários. Trata-se de uma doente que reside sozinha e que não compreende a gravidade da situação clínica, o que leva a uma maior renitência em aceitar mais apoio a nível domiciliário por prestadores externos à USF, assim como a sua integração numa estrutura residencial. É uma doente com necessidade de cuidados específicos, nomeadamente a nível de cuidados paliativos, tornando-se um desafio para os CSP, tanto a nível médico como social, onde o MF tem um papel essencial na gestão e discussão do plano individual de cuidados da utente.

PD 252

INFEÇÃO POR SARS-COV-2 APÓS VACINAÇÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE HOSPITAL PÚBLICO PORTUGUÊS

Diana Rocha¹; Carlos Ochoa Leite¹; Ana Inês Vasques¹; João Bento¹; Luís Rocha¹

¹Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: Os ensaios clínicos de fase 3 de vacinas de RNA mensageiro (mRNA) em Novembro de 2020 demonstraram 94,1% de eficácia para a prevenção infeção da Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) 14 dias após a inoculação da segunda dose do vacina de mRNA-1273 (Moderna) e 95% de eficácia 7 dias após a segunda dose do Vacina BNT162b2 (Pfizer).

Pelo aumento mundial do número de casos da doença do coronavírus 2019 (Covid-19) e a possibilidade de aparecimento de novas variantes do SARS-CoV-2 foi concedido o uso destas vacinas. Em Portugal a vacinação iniciou-se com a inoculação de profissionais de saúde (PS) em 27 de Dezembro de 2020.

Desde o início da campanha de vacinação, o desenvolvimento de Covid-19 foi relatado em pessoas que receberam uma ou ambas as doses da vacina.

Objetivo: Avaliar a prevalência de PS que testaram positivo

para a infeção por SARS-CoV-2 após inoculação com vacina contra COVID.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional, realizado entre 28 de Dezembro de 2020 e 17 de Novembro de 2021 num hospital público português.

Os dados obtidos foram retirados do UTILSOFT[®], programa de gestão de dados de serviços de saúde e segurança no trabalho.

Todos os trabalhadores incluídos foram inoculados com pelo menos uma dose da vacina contra a COVID19 e realizaram zangaratoa de deteção PCR para SARS-CoV-2 (por rastreio de sintomas ou contacto com caso positivo) com obtenção de resultado positivo.

Resultados e conclusões: De 16 de dezembro de 2020 até 17 de Novembro de 2021, um total 2053 PS receberam a primeira dose da vacina, e desses 1827 (88%) completaram o esquema vacinal com a segunda inoculação.

Entre os vacinados, 52 desenvolveram infeção pelo SARS-CoV-2 pelo menos 1 dia após a primeira inoculação (2,5%). Desses, 21 (40%) testaram positivo antes de completar o esquema de vacinação.

Após completar esquema de vacinação, 26 PS testaram positivo (50%).

Desses, 6 (12%) testaram positivo até 90 dias após a segunda inoculação e 20 (38%) após 90 dias da segunda toma.

A baixa prevalência de casos positivos em PS vacinados (2,5%) e raridade de resultados de teste positivos até 90 dias após a administração da segunda dose da vacina é encorajadora e sugere que a eficácia das vacinas se mantém fora do contexto de ensaio clínico.

Contudo, o facto do número de infetados em PS com esquema vacinal completo aumentar após os 90 dias seguintes à segunda inoculação revela a necessidade de dose(s) reforço vacinal, de modo a manter a imunidade contra a COVID19.

Estes dados remetem também para a importância crítica de manutenção de medidas preventivas, como o uso de máscaras, distanciamento social, triagem de sintomas e testagem regular.

PD 253

A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR EM CRIANÇAS VEGAN DOS 6 AOS 24 MESES DE IDADE

João José Vilela Lisboa¹; Luís Miguel Teixeira Fortuna²

¹USF Monte Pedral; ²USF do Arco

Introdução: O estilo e a forma de alimentação da população Portuguesa tem sofrido alterações consideráveis nos últimos anos, sendo estas por motivos culturais, religiosos, pessoais ou ambientais. Também a globalização e a mi-

gração dos indivíduos entre países contribuíram para esta modificação, mantendo-se os hábitos alimentares nativos instituídos na dieta, por vezes distintos dos locais para onde migraram.

A dieta das crianças nos primeiros anos de vida é, por norma, a adotada pelos seus familiares. Esta pode ser mais ou menos restritiva e pode interferir com o seu desenvolvimento.

A dieta vegan corresponde à ausência ingestão de produtos de origem animal ou qualquer produto que exija sofrimento animal (leite, ovos, mel...). Assim, existe uma alteração do padrão de diversificação alimentar tradicional e mais conhecido em Portugal, levantando dúvidas acerca da forma correta de diversificação alimentar nestas crianças, de forma a não comprometer o acesso a macro e micronutrientes essenciais.

Este tema é de especial relevância na prática clínica de Medicina Geral e Familiar dado esta especialidade ser uma das responsáveis pela vigilância das crianças e a diversificação alimentar um dos principais assuntos abordados e a carcer de orientação.

Objetivos: Rever as orientações sobre diversificação alimentar em crianças com dieta vegan dos 6 aos 24 meses de idade.

Material e métodos: Para a realização desta Revisão de Tema foram realizadas pesquisas em bases de dados e normas de orientação clínica (Medline/Pubmed, Science direct, UptoDate, Documentos Direção Geral de Saúde (DGS), Ata Médica Portuguesa) e referências bibliográficas dos artigos selecionados. Foram selecionados artigos publicados entre 1 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2021, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Foram utilizadas as combinações de termos mesh "Pediatrics", "Children", "Vegan", "Veganism", "Feeding" e "Complementary Feeding".

Resultados: Da pesquisa inicial resultaram 67 publicações, tendo sido selecionadas 16 de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Nos artigos selecionados, um elemento comum é a necessidade de planificar e vigiar a diversificação alimentar nos primeiros anos de vida. Esta deve ser realizada por profissionais habilitados e com conhecimento sobre esta temática.

Determinadas publicações propõem uma recomendação para a diversificação alimentar nas crianças vegan de acordo com os alimentos, momentos chave para a sua introdução e quantidades toleradas. No entanto, verificou-se que mesmo com os esquemas propostos, a dieta vegan na primeira infância continua a apresentar carências nutricionais - défices de vitamina B12, Ferro e Zinco. Alguns

estudos indicam ainda a necessidade de reforço da dose de Vitamina D.

Conclusões: A diversificação alimentar em crianças vegan tem a idade de início comum com a diversificação alimentar mais tradicional, no entanto diferem no tipo de alimentos introduzidos e no seu teor em macro e micronutrientes essenciais. No caso da dieta vegan, devido à ausência de produtos de origem animal, pode culminar em carências importantes de micro e macronutrientes com consequências no crescimento, maturação e desenvolvimento, pelo que é necessária a realização de suplementação.

PD 254

A EVIDÊNCIA DA VITAMINA B12 NO TRATAMENTO DA DOR NEUROPÁTICA: REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Raquel Gonçalves¹

¹USF Egas Moniz

Introdução: A dor neuropática resulta de lesão ou disfunção do sistema somatossensorial. Tem origem nas vias nervosas sensitivas, desde as terminações de nociceptores periféricos até ao córtex cerebral, subdividindo-se em central e periférica.

A dor neuropática é um problema de saúde pública, estimando-se que a sua prevalência seja superior a 5% na população geral, e de 8% na população europeia.

A sintomatologia da dor neuropática pode ser muito diversificada, em muitos casos, resulta em morbidade significativa, diminuição na qualidade de vida do doente e incapacidade laboral.

Dada a incapacidade funcional significativa que a dor neuropática provoca, e a frequente limitação das estratégias farmacológicas instituídas, há uma procura constante por novas terapêuticas. A suplementação com vitamina B, mesmo na ausência de deficiência, tem sido amplamente aceite na prática clínica. A vitamina B12 é uma substância neurotrófica com uma destinação para tecidos neuronais e tem sido considerada importante na manutenção e regeneração dos nervos periféricos, promovendo o processo de mielinização e diminuindo o disparo nervoso ectópico.

O objetivo desta revisão é avaliar, pela evidência científica atual, o efeito da utilização da vitamina B12 no tratamento da dor neuropática.

Métodos: A pesquisa bibliografia contemplou:

- Período 1 de outubro de 2016 a 1 de outubro de 2021
- Termos [Mesh] "Neuralgia" e "Vitamin B12"
- Bases de dados National Guideline Clearinghouse, Guideline Finder, Canadian Medical Association, The Cochrane Library, DARE, Medline/ Pubmed.
- Língua portuguesa, inglesa

Resultados: De um total de 35 artigos identificados, 28 excluídos pelo título/resumo, 7 para leitura integral, 3 artigos selecionados. 3 cumpriram os critérios: duas revisões sistemáticas e um artigo de revisão. A *Strength Of Recommendation Taxonomy (SORT)* foi utilizada para avaliar a qualidade dos estudos e atribuir níveis de evidência e forças de recomendação.

As duas revisões sistemáticas (T. Julian, et al, 2020; R. Sawangjit, et al, 2020) foram classificadas com uma Força de Recomendação B e um Nível de Evidência 2 por levantarem questões relativamente às disparidades metodológicas dos vários estudos analisados. No entanto, todas afirmaram que existe evidência a favor da redução da dor neuropática com a utilização de compostos de vitamina B em comparação com placebo.

O artigo de revisão (S. Buesing, et al, 2019) foi classificado com uma Força de Recomendação C e um Nível de Evidência 2, sendo referida a utilização de vitamina B como estratégia eficaz no tratamento da dor neuropática, embora a sua recomendação seja limitada pela utilização de modelos animais, inconsistência quanto à duração da terapêutica e às diferentes doses e formulações utilizadas.

Discussão: A utilização da vitamina B12 mostrou-se eficaz no tratamento da dor neuropática (SORT B). Contudo a evidência científica que suporta a eficácia da vitamina B12 não é suficientemente robusta. Existe um número reduzido de estudos e algumas limitações da sua qualidade, pois apresentam amostras reduzidas, heterogeneidade no desenho dos estudos, utilização de dosagens díspares e diferentes formulações, bem como duração de tratamento diferentes. O potencial impacto desta recomendação na prática clínica torna premente a realização de novos estudos no sentido de suportar com maior força esta recomendação.

PD 255

PROTEINOGRAMA – INTERPRETAÇÃO E APLICAÇÃO CLÍNICA

Carlos Castro¹; Márcia Vasconcelos¹; Ana Isabel de Sousa¹

¹USF Sete Caminhos

Introdução: As proteínas plasmáticas participam em inúmeros processos fisiológicos, entre os quais a manutenção da pressão oncótica, o transporte de moléculas e iões, a resposta imune e a coagulação sanguínea. Podem ser divididas em 2 grupos principais, a albumina e as globulinas, cujos níveis podem variar em situação de patologia aguda ou crónica. A eletroforese das proteínas séricas é um procedimento laboratorial amplamente utilizado, que permite separar as proteínas existentes no plasma humano em 5 frações (albumina, alfa-1 globulinas, alfa-2 globulinas,

betaglobulinas e gamaglobulinas), de acordo com as suas cargas elétricas globais, tamanho e forma.

Objetivos: Conhecer as principais indicações para requisição da electroforese de proteínas séricas, reconhecer o padrão eletroforético normal e as proteínas que compõem as diferentes frações ou bandas que surgem na corrida eletroforética, assim como, identificar padrões eletroforéticos anormais e as principais patologias associadas.

Métodos: Revisão clássica com pesquisa em bases de dados científicas (*Pubmed*, *UpToDate*, *Cochrane*), publicados nos últimos 10 anos em língua portuguesa e inglesa. Palavras-chave utilizadas: proteinograma, eletroforese de proteínas

Resultados e conclusões: A eletroforese das proteínas séricas deve ser considerada nos doentes com elevação do valor sérico de proteínas totais e/ou na presença de sinais ou sintomas sugestivos de discrasias plasmocitárias (mieloma múltiplo, macroglobulinemia de Waldenstrom, entre outros). A interpretação dos resultados deve ser realizada em correlação com os achados clínicos e atendendo ao significado de cada uma das frações proteicas. A albumina é a proteína plasmática mais abundante e a sua diminuição associa-se frequentemente a patologia hepática ou renal. As frações de alfa globulinas são compostas maioritariamente por proteínas de fase aguda. A fração de betaglobulinas é formada por um grupo mais heterogéneo de proteínas, nas quais se incluem as beta-lipoproteínas e a transferrina, justificando o seu aumento perante alterações do metabolismo dos lípidos ou anemias ferriprivas. Quanto à fração das gamaglobulinas, é de extrema importância distinguir entre pico monoclonal (característico de doenças linfoproliferativas) e pico policlonal (presente em múltiplas patologias inflamatórias, auto-imunes ou infecciosas).

O proteinograma é um exame laboratorial simples, barato e acessível. O conhecimento dos principais componentes das bandas eletroforéticas é fundamental para a correta interpretação dos resultados. Apesar de não ser um exame específico, uma vez que cada fração representa um conjunto de diversas proteínas, dá-nos informações úteis na orientação do raciocínio clínico, auxiliando na investigação e diagnóstico de patologias com padrões eletroforéticos característicos.

PD 256

UM CASO DE PERTURBAÇÃO DELIRANTE PERSECUTÓRIA EM CONTEXTO DE PANDEMIA

Ana Rita S.Pereira¹

¹UCSP Anadia I

Introdução: A perturbação delirante (PD) de subtipo persecutório caracteriza-se pela convicção de que se está a ser maltratado ou prejudicado por outros. Na perturbação de personalidade paranóide existe um padrão de desconfiança relativamente aos outros, que é estável no tempo. A comorbilidade pode existir, sendo até a perturbação de personalidade paranóide fator de risco para o desenvolvimento de PD.

Descrição do caso: Relata-se o caso de uma utente de 55 anos, sexo feminino, casada e com dois filhos, em fase VI do ciclo de vida familiar de Duvall, sem antecedentes de patologia psiquiátrica ou outra de relevo, professora em teletrabalho, que desenvolveu um quadro de delírio persecutório, com início a 05/06/2020. A doente acreditava ter sido “burlada” numa compra que efetuou online, sem que tal se verificasse. Referia igualmente estar a ser vítima de pirataria informática durante as aulas que dava online (“é por isso que não consigo entrar na aula, ser eu a administradora da sessão”). A doente referia ainda que recentemente a sua mãe, previamente cognitivamente íntegra, teria iniciado alucinações auditivas (“passas a noite aos gritos, filha”), tendo-se deparado uma noite com ela no quarto a “rezar alto” e a pedir perdão. Esta situação coincidiu com o início da sintomatologia da doente. Encaminhada ao SU de Psiquiatria a 12/06/2020. No SU referia início dos sintomas em contexto de pandemia, tendo passado a usar ferramentas de ensino à distância e de compras online, com as quais não estava familiarizada. Acrescia aumento do trabalho doméstico por ausência da empregada da limpeza e dos cuidados à mãe, que partilhava com a irmã, na altura indisponível, sendo que a sua mãe terá iniciado quadro com 2 semanas de evolução de alucinações auditivas de novo, que muito a preocupavam. Referia que “faço filmes na cabeça, por coisas estranhas que acontecem”, “eu não entendo muito de informática e comecei a achar algumas coisas esquisitas”, “ando numa formação e a formadora disse que tinha sido burlada”, “essas coisas ficaram-me na cabeça e é daí que vêm as minhas desconfianças”, “medos”. Apresentava crítica para a irrealdade dos pensamentos, mas “de manhã, principalmente fico a ligar umas coisas às outras”. Constatados níveis elevados de ansiedade a condicionar desatenção. Verbalizava com crítica, ideação deliróide de teor persecutório, que contextualizava com eventos adversos de vida. Sem atividade alucinatória, sem ideação auto ou heterolesiva. A psiquiatra integrou os

sintomas em contexto de aumento dos níveis de ansiedade, colocando-lhe a hipótese das suas estratégias de coping (habitualmente boas) terem sido ultrapassadas. Iniciou paliperidona 3mg e mexazolam em SOS e foi reavaliada 10 dias depois. Apresentava melhoria franca do quadro de delírio persecutório, tendo mantido antipsicótico até ao fim do ano letivo. Realizou TC-CE em ambulatório, sem qualquer alteração relevante. Atualmente, a doente mantém-se estável, sem ideação deliróide, sem necessidade de antipsicótico ou de benzodiazepina, informação esta corroborada pela família. Mantém vigilância pela sua MF.

Conclusão: A pandemia COVID-19 veio alterar profundamente o dia-a-dia da maioria das pessoas, aumentando o isolamento social. Este caso enaltece as consequências do confinamento, aliado ao excesso de trabalho e à adaptação a uma nova rotina nestas circunstâncias. Consideramos ter sido fundamental o encaminhamento precoce da doente para o SU de Psiquiatria, bem como a respetiva abordagem e terapêutica psiquiátrica. A presença de crítica face à situação permitiu uma melhor aliança terapêutica.

PD 257

O ENIGMA DE UMA DOR – A PROPÓSITO DE UM CASO

Mariana Cravo¹; Mariana Freitas¹; Ana Maria Ferreira¹
¹USF CampuSaúde

Enquadramento: Em Medicina Geral e Familiar a dor é um problema diário que afeta todas as idades, criando sofrimento e ansiedade ao doente, sendo crucial o acertado diagnóstico. No entanto, não deixa de ser um sintoma difícil de caracterizar e definir. A Síndrome de Quebra-nozes caracteriza-se pela compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior contra a aorta. Normalmente manifesta-se por lombalgia à esquerda e dor abdominal, com ou sem a presença de hematúria macroscópica, microscópica ou proteinúria.

Descrição de caso: Homem, 34 anos, antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar há 14 anos e distúrbio ansioso. Sem medicação habitual, hábitos tabágicos ou alcoólicos. Recorre à consulta a 2-10-2020 por toracalgia com irradiação abdominal à esquerda esporádica que cessa sem fazer medicação, no entanto é uma dor que o incomoda. Associa por vezes à atividade física que faz diariamente. Exame objetivo sem alteração. Prescrição de análises e TC pulmonar. Volta a pedir consulta dia 9-10-2020 por dor mais constante e dor à compressão nessa região, ainda sem resultado da TC pulmonar. Estudo analítico sem alterações. Refere alguns acessos de tosse seca. Exame objetivo sem alterações. Prescreve-se paracetamol + tiocolquicosido para alívio sintomático. Volta dia 2-12-2020 referindo

que foi a consulta privada de pneumologia com o relatório da TC pulmonar, tendo sido descartada qualquer patologia pulmonar. No entanto, foi recomendada realização de ecografia abdominal que nos apresenta como normal. Mantém as queixas de toracalgia à esquerda que associa à prática de exercício físico e a determinados movimentos. Exame objetivo novamente sem alterações. Pede-se novamente estudo analítico e prescreve-se deflazacorte 30mg uma vez que não se verificaram melhorias com a medicação prescrita anteriormente. Dia 06-05-2021 volta à consulta porque a dor torácica reapareceu. Refere que a medicação prescrita cessou a sintomatologia, no entanto voltou novamente há cerca de 1 semana. O doente encontrava-se muito ansioso e preocupado com esta dor recorrente sempre com as mesmas características, referindo que deixou de praticar atividade física com o objetivo de evitar esta dor. Dado o quadro arrastado foi pedida TC abdominal superior. Uma semana depois traz o relatório com a seguinte Descrição: 'Refere-se a importante compressão da veia renal esquerda entre a aorta e a artéria mesentérica superior, cujo espaço entre ambas se avalia em 6 mm, tendo o ângulo da emergência da artéria mesentérica superior em relação à aorta cerca de 25° (Síndrome de Nutcracker?)'. Dado o resultado o doente decide ir a consulta privada de urologia. O colega optou por terapêutica conservadora com vigilância clínica. O doente hoje em dia refere a dor esporadicamente, mantém acompanhamento sem alterações analíticas.

Discussão: A literatura indica que esta é uma condição relativamente rara, ainda que provavelmente subvalorizada. Manifesta-se por dor lombar, hematúria micro ou macroscópica unilateral e varizes pélvicas ou genitais. No caso apresentado, com sintomatologia discreta, a vigilância clínica foi a opção escolhida, tendo o doente mantido o seguimento por parte da especialidade.

PD 258

SARCOMA DE KAPOSI – QUANDO A ENDOSCOPIA TRAZ MÁS NOTÍCIAS!

Sara Martins Pinto¹; Diana Oliveira Almeida¹; Alzira Braga²
¹Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Nascente, ACeS Grande Porto II/Gondomar; ²Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Nascente, ACeS Grande Porto II/Gondomar

Introdução: O Sarcoma de Kaposi (SK) é o tumor mais frequente nos doentes infetados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), considerando-se uma doença definidora de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Na era da terapêutica anti-retrovírica, o SK tornou-se uma forma rara de apresentação de VIH/SIDA. Quando ocorre, manifesta-se mais comumente na forma de lesões cutâneas,

sendo mais raro o envolvimento visceral (cavidade oral, trato gastrointestinal ou sistema respiratório). O atingimento gastrointestinal pode ocorrer isoladamente e os doentes com este tipo de apresentação podem ser assintomáticos ou apresentar perda ponderal, dor abdominal, náuseas, vômitos, hemorragia gastrointestinal, obstipação ou diarreia.

Descrição: Utente de 51 anos, sexo masculino, divorciado, construtor civil a trabalhar em Angola. Antecedentes pessoais de hérnia inguinal, dislipidemia e malária em 2018. PNV atualizado. Medicação habitual: esomeprazol 20mg e pravastatina + fenofibrato, 40mg + 160mg. Em agosto de 2021 foi avaliado em consulta de vigilância pelo médico de família por queixas de epigastralgias e perda ponderal >15Kg. Negava alterações do trânsito intestinal e das características das fezes. Sem outras queixas. Ao exame objetivo confirmava-se perda ponderal significativa e à palpação abdominal apresentava apenas desconforto na região epigástrica. Sem outros achados ao exame físico. Foi pedida endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou: “Lesão do fundo gástrico. Pápulas erosionadas no antro. Lesões papulo-eritematosas duodenais (Sarcoma de Kaposi?). Sugere-se confronto com serologias víricas (VIH)”. Atendendo aos achados, foram requisitadas serologias, que vieram positivas para VIH1, sem outras alterações.

O diagnóstico foi comunicado ao utente e foram exploradas possíveis exposições de risco: doente divorciado há 10 anos, refere relações heterossexuais desprotegidas no passado, sem atividade sexual há 3 anos; sem consumo de drogas injetáveis; refere serologias negativas há 4 anos. Foi referenciado para consulta de Infeciologia e Oncologia com caráter de urgência. Aquando da consulta de Infeciologia (set/21) já apresentava os resultados da histologia da EDA: “Gastrite crónica antral moderada. Aspetos compatíveis com Sarcoma de Kaposi no duodeno e fundo gástrico”, confirmando-se o diagnóstico de SK, doença definidora de SIDA. Foi pedido estudo analítico protocolar de VIH (210 células CD4+/mm³ e carga vírica VIH1 de 539000 cópias/mL) e iniciou terapêutica anti-retrovírica. Foi aconselhada vacinação antigripal, antipneumocócica e VHB. Em outubro do mesmo ano foi avaliado em consulta de Oncologia onde realizou múltiplos exames complementares de diagnóstico para estadiamento da doença, realçando-se a realização de uma colonoscopia que mostrou envolvimento colo-retal pelo SK. Atualmente encontra-se em tratamento com doxorrubicina lipossómica, com boa tolerância à quimioterapia e franca recuperação do estado geral.

Conclusão: Tratando-se de um caso representativo da elevada complexidade do VIH, suscita à reflexão sobre a importância do médico de família na gestão e orientação

de novos diagnósticos, no apoio ao utente e à família, na desconstrução do estigma associado à infeção VIH e na educação do utente sobre as estratégias preventivas para o controlo da infeção. Pretende-se também reforçar a importância do rastreio oportunista do VIH ao nível dos cuidados de saúde primários que, segundo as recomendações da Direção Geral da Saúde, deve ser efetuado a todos os indivíduos com idade compreendida entre os 18 e 64 anos, para reduzir a incidência de diagnósticos tardios e respetivas complicações.

PD 259

ABORDAGEM DOS SOLUÇOS NO DOENTE PALIATIVO

Luisa Rodrigues¹; Frederico Rocha²

¹USF ANDREAS; ²USF Tejo

Introdução: Os cuidados paliativos são cuidados ativos prestados a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave. Os soluços são um sintoma frequente neste contexto e podem ser muito debilitantes, associando-se a redução da ingesta alimentar, perda ponderal, desconforto, perturbação do sono, ansiedade, depressão e isolamento social.

Objetivos: Rever as causas, mecanismos e abordagem dos soluços em doentes paliativos.

Material e métodos: Foram pesquisados os termos MESH “hiccups” e “palliative care” no motor de busca *Pubmed*[®]. A pesquisa foi realizada a 13/02/2022 e retomou um total de 19 artigos. Destes foram excluídos 4 artigos por idioma estrangeiro ou impossibilidade de acesso ao texto integral.

Resultados e conclusões: Os soluços consistem em contrações repetidas e involuntárias do diafragma e dos músculos intercostais, seguidos do encerramento rápido e ruidoso da glote, ocorrendo uma rápida ingestão de ar. A patofisiologia dos soluços ainda não está bem determinada, estimando-se que envolve múltiplos neurotransmissores e vias do tronco encefálico e da medula espinal.

Podem ser classificados com base na sua duração em crises de soluços (até 48h), soluços persistentes (48h até 1 mês) e soluços intratáveis (mais de 1 mês). Relativamente às causas, podem ser divididas em centrais, periféricas ou outras. As causas periféricas são subdivididas em gastrintestinais e não gastrintestinais, enquanto as causas centrais se subdividem em neurológicas e não neurológicas.

Apesar de os soluços serem um sintoma com alguma frequência em doentes paliativos e com muitas consequências deletérias para alguns deles, não existe consenso nem evidência da melhor abordagem deste problema, tendo em conta que a pouca evidência disponível se baseia em escassos estudos, de pequena dimensão e com pouca ca-

pacidade para produzir conclusões. Desta forma, a abordagem deste problema baseia-se sobretudo em relatos empíricos e por vezes literatura cinzenta.

Estão descritas muitas formas de parar os soluços através de ações que geralmente visam estimular ou bloquear as vias envolvidas na perpetuação dos soluços. Este tipo de ações geralmente envolvem algum tipo de interrupção do ciclo respiratório ou estimulação da faringe. Estas “curas” são particularmente abundantes na literatura cinzenta e não se conhece a sua eficácia, mas entende-se que, de uma forma geral, devem ser tentadas, pelo seu potencial de poupar o doente aos efeitos adversos dos fármacos.

Existem alguns relatos do uso da acupuntura e outras terapias alternativas no controlo deste problema, sem evidências demonstradas.

Na abordagem farmacológica estão descritas uma grande amplitude de opções, infelizmente provenientes quase exclusivamente de relatos empíricos de casos ou pequenas séries de casos. A escolha do fármaco deve ser guiada pela avaliação clínica, sendo dirigida à causa provável. Deve ser preferida a monoterapia sempre que seja possível controlar este sintoma com apenas um fármaco.

Os fármacos de primeira linha são o baclofeno e a metoclopramida. São os fármacos que demonstraram mais e melhores provas de eficácia, aliado a um perfil de segurança aceitável. Outras opções incluem fármacos como a clorpromazina, gabapentina, midazolam, haloperidol, inibidores da bomba de prótons (IBP) e bloqueadores dos canais de cálcio dihidropiridínicos.

Sistematizando, propõe-se iniciar metoclopramida na suspeição de uma causa periférica e considerar adicionar um IBP se suspeita de causa gastrointestinal. Se os anteriores forem ineficazes ou em caso de suspeita de causa central, considerar iniciar baclofeno. A gabapentina pode também ser uma boa opção, em monoterapia ou em adição. Se estes forem ineficazes ou em situação de insuficiência renal, ponderar clorpromazina ou haloperidol, tendo em atenção os possíveis efeitos adversos. Se o doente estiver em fase terminal, nos seus últimos dias de vida, considerar sedação com midazolam.

PD 260

O PAPEL DO YOGA NA LOMBALGIA

Helena Sofia Marques da Silva¹; João José Vilela Lisboa¹

¹USF Monte Pedral

Introdução: A dor lombar/lombalgia (não maligna) é um dos problemas mais comuns nos cuidados de saúde primários, com uma estimativa de prevalência de cerca de 36% em Portugal. Esta patologia, para além do impacto na quali-

dade de vida dos doentes, tem também um grande impacto económico, sendo essencial para os médicos de família saber gerir esta situação. É crucial diminuir para um nível mínimo o consumo de analgésicos e anti inflamatórios por forma a evitar iatrogenia e agravamento de comorbilidades, sendo por isso de elevada importância o aconselhamento correcto das medidas não farmacológicas, nomeadamente exercício físico.

O yoga é uma actividade física que engloba um conjunto de posturas com intuito de aumentar a força, tonificação, flexibilidade, coordenação e equilíbrio, com uma componente também de relaxamento. Desta forma, a prática do yoga pode ser benéfica para gestão da lombalgia.

Objetivos: Revisão da evidência do papel do yoga no tratamento da lombalgia não maligna.

Material e métodos: Foi feita uma pesquisa utilizando os termos MeSH “yoga” e “low back pain” nas principais bases de dados, nomeadamente *Pubmed*, *Cochrane* e *Trip Database*. Dos resultados obtidos foram seleccionados 17 artigos publicados entre 2012 e 2022, incluindo estudos randomizados e *guidelines*.

Resultados: Em geral, os artigos analisados demonstram que os doentes que fazem yoga, com ou sem supervisão, têm benefício e alívio da sua dor lombar, com maior evidência na dor lombar crónica moderada. O efeito benéfico máximo está presente a curto/médio prazo, não havendo no entanto alterações a nível radiológico em exames complementares de reavaliação após início da prática de yoga, e não existe risco acrescido para quem pratica esta actividade física. Algumas publicações referem que o efeito benéfico do yoga não se sobrepõe ao da prática de outra actividade física. É ainda salientado em vários artigos o benefício que o yoga tem a nível psicológico. Na maioria dos artigos refere-se a necessidade de continuar os estudos nesta área.

Conclusões: A lombalgia é um motivo de consulta muito comum na nossa prática clínica e é vital utilizar todas as armas terapêuticas ao nosso dispor para melhorar a qualidade de vida dos doentes que sofrem desta patologia. Desta forma, devemos recomendar a prática de yoga para controlo sintomático da dor lombar, principalmente crónica, decorrendo daí ainda benefícios a nível da saúde mental, que poderá também estar bastante afectada nestes doentes.

PD 261

SINUSITE SILENCIOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Rodrigues¹; Mariana Santos¹

¹USF Gago Coutinho

Introdução: O Síndrome do Seio Silencioso (SSS) é uma entidade rara, caracterizada por assimetria facial, enoftalmia e hipoglobo espontâneos, unilaterais e indolores, resultantes da atelectasia crónica do seio maxilar, no contexto de obstrução do seu trato de saída, nomeadamente, devido a sinusite maxilar crónica obstrutiva, assintomática. A sua incidência é máxima entre os 30 e 50 anos, sem predominância quanto ao género, e o diagnóstico é, maioritariamente, clínico, contudo, apoiado em alterações imagiológicas. O exame de eleição é a tomografia computadorizada (TC), que geralmente evidencia obstrução do trato de saída, opacificação e/ou diminuição de volume do seio maxilar. O tratamento é cirúrgico e envolve a desobstrução do trato de saída do seio maxilar, sendo o prognóstico favorável, sobretudo se a intervenção for precoce.

Descrição: Mulher de 48 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia e asma, habitualmente medicada com pitavastatina oral e budesonida+formoterol inalados. Sem antecedentes familiares relevantes ou alergias medicamentosas conhecidas.

Recorreu a consulta aberta telefónica, após episódio de cefaleia frontal intensa (8/10), ocorrida há 3 dias, que a despertou durante a madrugada, associada a epistaxis abundante, plenitude auricular direita, sensação de mal-estar generalizado, lipotímia e diminuição da força dos membros inferiores. Quando questionada, referia epistaxis diária, espontânea e autolimitada, com cerca de 2 meses de evolução, tendo culminado neste episódio, à data, em recuperação gradual. Negava medição recente da pressão arterial, alterações neurológicas, traumatismo facial, cirurgia anterior ou outros sinais/sintomas. Por suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) não agudo, foi pedida TC cranioencefálica e estudo analítico urgentes, dos quais se destaca, apenas, “hiperdensidade de partes moles no seio maxilar direito, a merecer estudo dirigido”. Assim, realizou TC dos seios perinasais, que revelou “obliteração total do seio maxilar direito com retração lateral e esclerose das suas paredes ósseas, oclusão do infundíbulo por retração lateral da apófise uncinada e infra-desnivelamento do pavimento da órbita ipsilateral, aspetos relacionáveis com SSS secundário a sinusite maxilar crónica; acentuado desvio da convexidade para a direita do septo nasal com esporão septal encostando-se na raiz do corneto inferior direito, a contribuir para a redução da permeabilidade do corredor aéreo

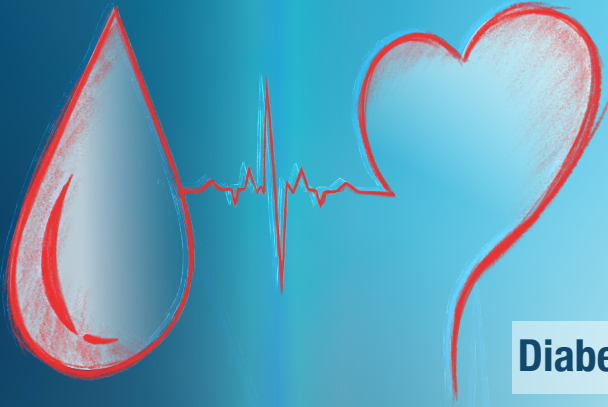
septo-turbinal direito; hipertrofia da mucosa dos cornetos à direita maioritariamente do corneto inferior.”

Deste modo, foi colocada a hipótese diagnóstica de SSS e referenciada a Otorrinolaringologia, na qual o colega objetivou assimetria facial, desvio do septo nasal de convexidade para a direita e hipertrofia do corneto inferior direito. A hipótese de SSS como diagnóstico mais provável foi reforçada e a utente medicada com azelastina+fluticasona e oximetazolina intranasais e proposta para septoplastia, turbinectomia e meatotomia média à direita.

Conclusão: O SSS é subdiagnosticado, devido à ausência de sinais e sintomas sinusais e desconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Neste caso, por exemplo, a suspeita clínica ocorreu, apenas, após a realização de um exame de imagem para despiste de outra patologia. A teleconsulta, consequente da pandemia por Covid-19, não permitiu a realização de exame objetivo, colocando o profissional de saúde noutro percurso que não culminaria no SSS.

Sabe-se que o diagnóstico correto e o tratamento precoce são essenciais para a cura do doente. Por conseguinte, como primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde, é importante que o médico de Medicina Geral e Familiar conheça esta entidade e os seus diagnósticos diferenciais, que apresentam um tratamento e prognóstico distintos. Assim, o utente é corretamente encaminhado para os cuidados de saúde secundários, resultando no aumento da sua qualidade de vida.

Imagem: AD MEDIC



JORNADA S TEMÁTICA S PATIENT CARE

Diabetes e risco cardiovascular em MGF

— *Antes, Durante e Depois* —

ACEDA AQUI AO PROGRAMA



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admedic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
www.admedic.pt

20 de maio | 2022

HOTEL SANA MALHOA

PRESIDENTE

Dr. Estevão de Pape

VICE-PRESIDENTES

Dra. Rita Nortadas e Dra. Vitória Cunha

INSCRIÇÕES DISPONÍVEIS ATRAVÉS DO SITE WWW.ADMEDIC.PT

Geriatría 2022

A idade & o conhecimento
aliados no futuro



idoso

15º CONGRESSO
NACIONAL

02-03|junho|2022

Hotel Vila Galé Coimbra

JÁ SUBMETEU O SEU POSTER?

Data limite para submissão: 18 de abril de 2022

ACEDA AQUI AO PROGRAMA



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admedic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
paulo.jorge@admedic.pt
www.admedic.pt

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

T: +351 21 842 97 10
E: ana.montes@admedic.pt | paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DAS JORNADAS

admedic⁺
Tours

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