



Cirrose hepática

Maria de Jesus

Banza

PÁG. 6

Sobrediagnóstico e sobretreatamento em Medicina

Luís Campos

PÁG. 3

Entrevista a João Lobo Antunes “Só o internista consegue articular o conhecimento científico com a tecnologia”

PÁGS. 4/5



LIVE MEDICINA INTERNA CONGRESSO

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

1.ª EDIÇÃO

27 de maio 28 de maio 29 de maio



XXII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA V CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA INTERNA

VIANA DO CASTELO · 27-29 MAIO 2016

Publicações



www.justnews.pt



Tuberculose em Portugal: realidade e perspetivas futuras

Raquel Duarte

PÁG. 13



Referenciação a serviços de Cuidados Paliativos deve centrar-se nas necessidades dos doentes

PÁGS. 8/9

MAIS DE 2 MIL EM VIANA

Ultrapassadas as expectativas mais otimistas

Com mais de duas mil inscrições, o XXII Congresso Nacional de Medicina Interna terá uma afluência de participantes que “ultrapassará largamente as expectativas”. Ontem, ao final da tarde, a presidente do evento, Diana Guerra, admitia: “Apontava para os 1500 participantes, mas, neste momento, temos mais de 2 mil inscritos!”

O facto de o Congresso Nacional se realizar em simultâneo com o Congresso Ibérico de Medicina Interna, além de representar um desafio, é, para Viana do Castelo, “uma oportunidade para mostrar a cidade atlântica mais a norte de Portugal aos participantes espanhóis”. Diana Guerra está confiante: “Temos um bom programa e será um momento alto da Medicina Interna.”

PARA LER AMANHÃ

A última entrevista
de Teixeira Veríssimo
como presidente
da SPMI



a partilhar informação desde 1981

www.justnews.pt



Jornal Médico

DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

MENSAL - Publicação de referência na área dos CSP,
especialmente dirigida à Medicina Geral e Familiar.

Interior
da Capela do
Castelo de
Santiago
da Barra



Posters:

1272

Comunicações

orais:

303

Imagens em

Medicina:

359

Os dois presidentes...



Manuel
Teixeira
Veríssimo com
Diana Guerra

LUÍS CAMPOS SORRIDENTE À CHEGADA



Cores de Viana recebem
participantes

Cursos pré-congresso
muito concorridos



Gil Eannes recebe exposição
sobre a história da MI

O navio hospital Gil Eannes, que noutros tempos acompanhava a frota bacalhoeira e que agora está ancorado em Viana do Castelo, acolhe a exposição "Medicina Interna: A visão global do doente", organizada pela SPMI, em colaboração com a Fundação Gil Eannes. Inaugurada esta semana, poderá ser visitada até 30 de setembro. Estão expostos instrumentos médicos antigos ligados à prática da MI, uma coleção de estetoscópios e esfigmomanómetros e documentos antigos referentes a esta especialidade e à própria SPMI.



2300

inscrições, ao final da tarde de ontem



Tenda gigante, montada no interior do Castelo de Santiago da Barra, reforça estrutura de acolhimento do Congresso

LIVE Medicina Interna Congresso

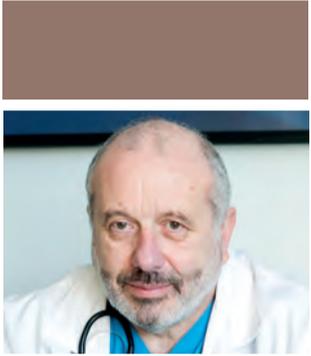
Diretor: José Alberto Soares (jas@justnews.pt) **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira (claudianogueira@justnews.pt) **Assistente de Direção:** Goreti Reis (goretireis@justnews.pt) **Redação:** Maria João Garcia (mariajoagarcia@justnews.pt), Sílvia Malheiro (silviamalheiro@justnews.pt), Susana Catarino Mendes (susanamendes@justnews.pt) **Fotografia:** Joana Jesus (joanajesus@justnews.pt), Nuno Branco - Editor (nunobranco@justnews.pt) **Publicidade:** Ana Paula Reis (anapaulareis@justnews.pt), João Sala (joaosala@justnews.pt), Marco Rodrigues (marcorodrigues@justnews.pt) **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho (joao-carvalho@justnews.pt) **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares (jms@justnews.pt) **Diretor de Multimédia:** Luís Soares (luissoares@justnews.pt) **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, Esc. 3, 1990-197 Lisboa **LIVE Medicina Interna Congresso é uma publicação da Just News, dirigida a profissionais de saúde** **Impressão:** Alves & Albuquerque Artes Gráficas **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial publicado neste jornal está identificado como "Informação".

geral@justnews.pt
agenda@justnews.pt
Tel. 21 893 80 30
www.justnews.pt

Publicações

justNews

Sobrediagnóstico e sobretratamento em Medicina



Luís Campos

Diretor do Serviço de Medicina do
CH Lisboa Ocidental

O sobrediagnóstico é um problema atual, que tem merecido cada vez mais atenção por parte dos médicos, dos doentes e dos sistemas de saúde, pelo que representa de custos acrescidos na saúde, por significar muitos exames e tratamentos desnecessários, em que os riscos muitas vezes ultrapassam os benefícios e por ser muito frequente. As sucessivas criações de condições de pré-doença, a redução dos *cut-offs* em algumas doenças crónicas e a mercantilização da doença fazem disparar os alarmes para as tremendas consequências que este problema pode acarretar para toda a sociedade.

Mas o que é, afinal, o sobrediagnóstico? Este termo tem sido usado num sentido lato, abrangendo conceitos diversos, como sejam o sobrerastreio, o sobretratamento ou a excessiva medicalização da sociedade atual. Nós vamos abordar o tema adotando uma definição mais restrita de sobrediagnóstico, como sendo diagnóstico de uma condição que, se não tivesse sido diagnosticada, não tinha provocado qualquer prejuízo de saúde à pessoa durante o seu ciclo de vida.

Com que frequência acontece? Diversos estudos apontam para números como 30% dos casos de asma, um terço dos cânceros da mama ou 60% dos cânceros da próstata, sujeitando estes doentes a tratamentos e complicações desnecessários.

Por que razão este problema se está acentuar? Primeiro, porque há muita gente a ganhar com esta situação, desde a indústria farmacêutica, os grupos privados de saúde, as clínicas de exames complementares e os próprios médicos. Depois, porque o avanço da tecnologia nos permite identificar situações que antes não eram detetadas, que são tratadas, mas que se não o fossem não teriam causado prejuízo aos doentes. Um dos exemplos são as embolias pulmonares subsegmentares. Também a falta de conhecimento dos médicos, a prática de uma medicina defensiva, os incentivos à realização de mais testes e tratamentos, a penalização do subdiagnóstico, mas não do sobrediagnóstico, e a própria pressão dos doentes.

Como se pode prevenir o sobre-

diagnóstico? Em primeiro lugar, exige uma conscientização do problema e uma mudança cultural que sobrevalorize os benefícios e minimize os riscos, depois, é necessário tornar mais transparentes e

reduzir os conflitos de interesse, elaborar e implementar normas de orientação clínicas que incorporem as evidências que se forem produzindo nesta área, corrigir incentivos que estimulem esta

prática, envolver mais os doentes nas decisões, dando-lhes mais informação e de uma forma mais compreensível e, finalmente, incrementar a investigação nesta área.

Sexta-feira, 27
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
11h45 - 12h15



JOÃO LOBO ANTUNES, NEUROCIRURGIÃO E PROFESSOR CATEDRÁTICO JUBILADO DA FMUL:

“Só o internista consegue articular o puzzle de um conhecimento científico indomável e de uma tecnologia feroz”



O neurocirurgião João Lobo Antunes foi convidado para proferir a conferência de abertura do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna / V Congresso Ibérico de Medicina Interna. Numa entrevista que concedeu à *Just News* alguns dias antes da realização do evento, na qual falou sobre alguns dos momentos que marcaram a sua vida, o professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) afirmou que “só o internista consegue articular o puzzle de um conhecimento científico indomável e de uma tecnologia feroz”.

Just News (JN) – Dedicou a sua vida à Medicina, particularmente à Neurocirurgia. Quando soube que queria ser médico?

João Lobo Antunes (JLA) – Quando ia no elétrico n.º 1, que me levava de Benfca a São Sebastião, com destino ao Instituto Superior Técnico. Desci do elétrico e apanhei o autocarro para Santa Maria, certamente levado por uma mão divina...

JN – A influência do seu pai, que era neurologista, pesou na sua escolha?

JLA – Certamente que sim, mas de forma subliminar. Era ponto assente na família que eu seria engenheiro químico, embora o meu interesse científico fosse realmente a bioquímica, então incipiente.

Procurei na altura financiamento (impossível...) para ir estudar para Inglaterra.

JN – E a cirurgia, o que o atraiu nesta área?

JLA – Sou por natureza pragmático e sempre gostei de resolver problemas. As doenças do sistema nervoso tinham especial apelo, mas a pobreza das armas terapêuticas de que se dispunha era desoladora. De facto, a Neurocirurgia era o braço armado da Neurologia e, para mim, o maior desafio.

JN – Se não fosse médico, o que seria?

JLA – Seria, provavelmente, investigador na área da bioquímica. Hoje, se tives-

se de escolher uma outra alternativa, seria professor de Literatura ou de Filosofia, ou, num sentido mais amplo, de Humanidades. É ao culto destas que reservo agora mais tempo. Mas gostaria de levar comigo o tesouro de memórias que acumulei no tempo em que fora médico.

JN – O que é melhor em ser-se médico?

JLA – A resposta habitual que obtive dos candidatos ao curso de Medicina era que a profissão permitia tratar e, eventualmente, curar os doentes que nos procuravam, numa manifestação de puro altruísmo. Isto é verdade, mas o melhor é talvez a proximidade do outro e o conceito pastoral de que não queremos que

João Lobo Antunes: uma vida de sucessos

Nascido em Lisboa a 4 de junho de 1944, João Lobo Antunes licenciou-se em Medicina pela Universidade de Lisboa, em 1968. Três anos depois, foi para os EUA, onde esteve até 1984, a trabalhar no Departamento de Neurocirurgia do New York Neurological Institute (Columbia Presbyterian Medical Center), tendo sido nomeado professor associado de Neurocirurgia desta Universidade. Doutorou-se em Medicina em 1983, pela Universidade de Lisboa, e em 1984 regressou a Portu-

gal como professor catedrático de Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL).

Foi vice-presidente para a Europa do World Federation of Neurosurgical Societies (1990) e presidiu a diversos organismos, entre os quais a Sociedade Europeia de Neurocirurgia (1999-2003), a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (2000-2002) e o Instituto de Medicina Molecular (IMM) (2002-2014), de que foi fundador, entre inúmeros outros cargos que desempenhou.

Além disso, foi professor convidado da Universidade de Pequim (2001) e é membro do conselho editorial de múltiplas revistas científicas, sendo também membro da Academia Portuguesa de Medicina e de diversas sociedades científicas nacionais e internacionais.

Na política, foi Conselheiro de Estado por nomeação do Presidente da República, Cavaco Silva (2006-2016).

Em 2001, recebeu a Medalha de Honra do Concelho de Cascais e, em 2003, a

Medalha de Ouro de Mérito do Ministério da Saúde. Foi condecorado, ainda, pelo Presidente da República, com a Grã-Cruz da Ordem do Infante D. Henrique (2004), a Grã-Cruz da Ordem Militar de Sant'Iago de Espada, que distingue o mérito literário, científico e artístico (2014), e a Grã-Cruz da Ordem da Liberdade (2016).

Foi ainda distinguido com diversos prémios, entre os quais o Prémio Pessoa (1996) e o Prémio da Universidade de Lisboa (2013).

É autor de cerca de 190 trabalhos científicos e já publicou nove livros.

A Medicina esteve sempre presente na sua vida. Além do seu pai, que era neurologista, tem dois irmãos, uma filha e duas sobrinhas todos médicos.

É professor catedrático jubilado da FMUL, presidente emérito do IMM, presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Comissão Nacional dos Centros de Referência (Ministério da Ciência) e membro do Conse-

se perca ninguém do rebanho a nosso cuidado.

JN – Viveu em Nova Iorque de 1971 a 1984. O que o trouxe de volta a Portugal?

JLA – Um ofício, o entendimento das funções nobres de uma Universidade, o conceito e a prática de uma democracia e a saudade incurável de uma cidade onde nasceu a minha família e fui feliz.

JN – Também é um apaixonado pela literatura e pela escrita. Que papéis têm ocupado estas áreas na sua vida, particularmente agora, depois de se ter jubilado?

JLA – Como dizia Tchekov, a Medicina é a mulher legítima e a Literatura é a amante. Foram ambas parceiras compreensivas toda a vida.

JN – O que está a escrever atualmente?

JLA – Preparo as conferências que aceito fazer, revejo umas “memórias” cujo destino ainda não determinei e respondo a pedidos de vária natureza – depoimentos, entrevistas, prefácios, etc. Mas só escrevo sobre o que me apetece, porque é o que faço melhor.

JN – Que outros projetos tem?

JLA – Viver.

JN – Face ao contexto social, político e económico, quais são as suas maiores preocupações, enquanto cidadão interveniente, homem e médico?

JLA – A ausência do que chamo da racionalidade moral, da liberdade de decidir sem antolhos ideológicos, de se estabelecerem compromissos que sirvam os interesses superiores do país, e o desprezo por uma visão de futuro que apague as desigualdades e diminua a incerteza do viver em Portugal.

JN – Foi diversas vezes condecorado e foram-lhe atribuídos vários prémios, entre os quais o Prémio Pessoa 1996 e o Prémio da Universidade de Lisboa 2013. A que se devem os sucessos que tem tido?

JLA – Ao trabalho, muito trabalho, e ao cumprimento do que entendo serem as minhas obrigações como cidadão, médico, educador, académico e cultor das

humanidades. Em tudo procurei dar o que tenho com independência e absoluta dedicação. Quanto ao resto, a vida foi muito generosa comigo.

JN – O que lhe trouxe a idade?

JLA – A tranquilidade do dever cumprido.

JN – Foi convidado para proferir a conferência de abertura do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna / V Congresso Ibérico de Medicina Interna. Como viu este convite?

JLA – Como uma honra e uma oportunidade de prestar a minha homenagem

aos colegas que melhor defendem a essência da nossa arte.

JN – Qual a sua visão sobre o papel do internista?

JLA – Que é de algum modo uma “raça” ameaçada de extinção, cujo desaparecimento seria catastrófico. É ver-

dade que se fragmentou em múltiplas áreas de saber e prática, mas só o internista consegue articular o puzzle de um conhecimento científico indomável e de uma tecnologia feroz. Ninguém poderá fazer melhor a grande síntese do conhecimento e da humanidade do ato clínico.



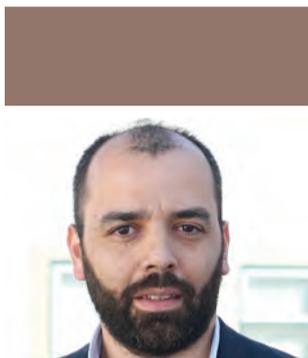
Iho de Curadores da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

É casado há cerca de 15 anos com a pediatra Maria do Céu Machado e pai de quatro filhas – Margarida (pediatra), Maria João (professora de Criminologia nos EUA), Paula (atriz) e Madalena (estudante de doutoramento em literatura portuguesa).

Além da Medicina, da literatura e da escrita, gosta de seguir futebol e “vibra” com o seu clube (Sporting).

ANEMIA NA PRÁTICA CLÍNICA

Ferroterapia endovenosa: a quem?

**Carlos Capela**

Diretor do Serviço de MI do Hospital de Braga. Assistente convidado da Escola de Ciências da Saúde da Univ. Minho. Investigador do ICVS/3B `S da Univ. Minho

A anemia por carência de ferro é relativamente comum na nossa prática clínica. Consideramos este diagnóstico quando à anemia se acrescenta um contexto clínico sugestivo de perdas hemáticas e/ou de má absorção/baixo aporte. O estudo bioquímico associado deve apontar para um estado de carência de ferro, determinando-se para interpretação o ferro e a ferritina séricas e a saturação de transferrina. Segue-se a escalada diagnóstica complementar, de rastreio ou confirmatória, para determinar a etiologia dessas perdas e/ou da má absorção.

A decisão terapêutica com ferro obedece fundamentalmente aos imperativos da patofisiologia na instalação do défice e da sua repercussão no organismo e na doença.

A decisão terapêutica com ferro obedece fundamentalmente aos imperativos da patofisiologia na instalação do défice e da sua repercussão no organismo e na doença. Hoje, o argumento científico para repor ferro tanto se encontra no lado da repercussão mais óbvia e conhecida que é o da anemia, da sua rapidez de instalação e repercussão

da baixa de hemoglobina na consequente redução da entrega de oxigénio aos tecidos resultando nas manifestações clínicas dessa disóxia; bem como no lado do défice de ferro *per se*, independentemente da anemia – causando disfunção mitocondrial e consequente prejuízo dos mecanismos de respiração celular. Daí resultam defeitos na utilização do oxigénio, reconhecendo-se, atualmente, um papel acrescido na disfunção funcional celular e orgânico em entidades como insuficiência cardíaca, doença renal crónica ou doença inflamatória intestinal.

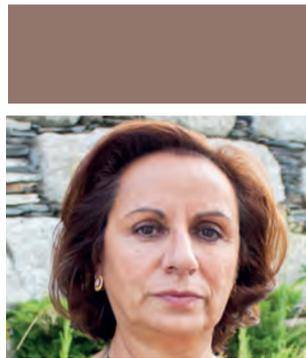
Assim, a indicação da reposição de ferro viu alargada em muito o seu espectro e a escolha da formulação de administração: *per os* ou parentérica – obedece à ponderação entre a rapidez na correção desejada; a tolerabilidade da formulação adotada; o risco de potenciais interações farmacológicas e da disponibilidade de uma via oral competente para absorção.

O ferro endovenoso deve ser definitivamente considerado quando às indicações atrás observadas se associa: (1) intolerância ou falta de resposta com ferro oral; (2) a anemia for efetivamente grave e afetar as atividades da vida diárias; (3) existirem condições de má absorção intestinal; (4) o facto das perdas hemáticas excederem o aporte de ferro; (5) doença renal crónica, independentemente da presença de agentes estimulantes da eritropoiese; (6) anemia secundária a quimioterapia; (7) pré e pós-operatório de doentes com anemia e necessidade de correção rápida da ferropenia, visando a redução ou evicção de suporte transfusional e (8) na condição de pós-parto para valores de hemoglobina entre 7 e 9 g/dL.

Da prática comum do internista, e adicionalmente às indicações mais ou menos óbvias para o ferro endovenoso, é a ocorrência de intolerância às formulações orais em que mais vezes se considera terapêutica endovenosa. Destas, a escolha entre as distintas fórmulas existentes (óxido de ferro sacarosado, carboximaltose férrica, ferro dextrano, etc.) deve ser feita individualmente – tendo em conta a duração de infusão; o risco de hipersensibilidade/necessidade de dose-teste e/ou reporte de reações de anafilaxia; a rapidez de resposta e, naturalmente, o custo de cada uma, na perspectiva do valor terapêutico acrescido final.

Sábado, 28
AUDITÓRIO IPVC
18h15 - 18h45

Cirrose hepática

**Maria de Jesus Banza**

Assistente graduada de MI do CH de Leiria – H. de Santo André. Coordenadora do Núcleo de Estudos Doenças do Fígado da SPMI

Este ano, o NEDF irá abordar, na sua mesa-redonda, o tema “Cirrose hepática – perspectivas futuras”, presidida pelo Dr. Carlos Monteverde e moderada por mim e pelo Dr. José Presa.

Vivemos num país onde a doença hepática e a cirrose se encontram entre as 10 principais causas de morte. Assim, abordaremos a cirrose hepática e as suas complicações, com as quais temos de lidar na nossa prática clínica.

O Dr. Filipe Nery abordará o tema “Acute on chronic liver failure”, conceito que só foi apresentado à comunidade científica em 2013. Trata-se de uma entidade diferente de uma mera descom-

pensação aguda da cirrose, com base na disfunção e número de órgãos atingidos, permitindo a criação de scores de prognóstico. Existe a noção de que quanto maior o número de órgãos atingidos maior é a mortalidade, mas, também, de que esta entidade é um processo dinâmico.

Existem fatores reconhecidos que induzem a descompensação, mas ainda não se conseguiu estabelecer, em cerca de 50% dos doentes, o motivo pelo qual ocorre progressão de uma “simples” descompensação aguda para graus diferentes de ACLF e que está associada a elevadas taxas de mortalidade.

Ao Dr. João Santos caberá o tema “Lesão renal aguda – como muda o prognóstico?”

Também a lesão renal aguda é uma complicação frequente no doente com doença hepática terminal, atingindo 20 a 30% destes doentes em internamento, sendo simultaneamente causa e consequência de maior morbimortalidade. Os critérios de definição baseiam-se classicamente na subida da creatinina para valores de 1,5 vezes o basal do doente e, simultaneamente, para um valor absoluto de creatinina superior a 1,5 mg/dL. Estes *cutoffs* têm vindo a ser desafiados, dados os fatores múltiplos que interferem nesta determinação analítica e suas consequências fisiopatológicas. Pretende-se evidenciar a implicação negativa

desta entidade no prognóstico da doença hepática.

A Dr.^a Joana Cochicho falará sobre uma outra complicação, cada vez mais frequente nas nossas enfermarias: “Infecção. Novas e velhas bactérias. Qual a importância?”. O doente cirrótico tem maior suscetibilidade para a infeção bacteriana. O isolamento de bactérias multirresistentes em cirróticos aumentou nas últimas décadas, associando-se sobretudo a infeções nosocomiais e associadas aos cuidados de saúde.

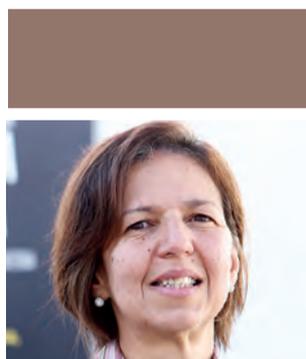
Portugal apresenta elevada taxa de resistência bacteriana aos antimicrobianos. As alterações epidemiológicas e de padrões de resistência levaram a alteração nas recomendações de antibioterapia empírica no doente cirrótico. As infeções por bactérias multirresistentes parecem estar associadas a pior prognóstico e maior mortalidade.

Contamos também com a colaboração de um painel de comentadores: Dr.^a Mónica Sousa, Dr. Nuno Silva e Dr. Alfredo Pinto.

Lançamos o desafio a todos os colegas para a participação e discussão deste tema sempre tão atual.

Sexta-feira, 27
AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA
09h15 - 10h45

Os tumores e os temores na diabetes

**Cristina Roque**

Assistente hospitalar graduada de MI na ULS do Alto Minho. Diretora do Serviço de Consulta Externa do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

Diabetes *mellitus* e cancro são duas entidades nosológicas comuns, de incidência crescente e com tremendo impacto na saúde das populações. A evidência epidemiológica aponta para forte associação entre ambas. De facto, diabetes e can-

cro partilham um número razoável de fatores de risco e algumas das terapêuticas dirigidas ao tratamento da hiperglicemia poderão estar implicadas no aumento/redução do risco de aparecimento e progressão de processos neoplásicos.

Contudo, as potenciais ligações biológicas subjacentes, que supostamente concorrem para a etiopatogenia dos diversos tipos de cancro no indivíduo com diabetes, são apenas parcialmente conhecidas.

A complexidade de que se reveste a natureza progressiva da hiperglicemia e da farmacoterapia na diabetes, aliada aos efeitos de outros fatores de risco concomitantes, como a idade, o peso corporal e a hiperinsulinemia, tem gerado resultados controversos nos estudos até à data realizados, limitando portanto as conclusões daí a retirar.

Dieta saudável, atividade física regular e normalização ponderal reduzem o risco e melhoram o prognóstico quer da diabetes tipo 2, quer de algumas formas de cancro, devendo ser incentivadas em

todos os indivíduos. O rastreio apropriado de cancro na pessoa com diabetes deve seguir as recomendações gerais para condições semelhantes de idade e sexo.

Diabetes e cancro partilham um número razoável de fatores de risco.

Sexta-feira, 27
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
09h15 - 10h45

Stem cell therapy in ischemic stroke



Exuperio Díez Tejedor
Full professor of Neurology. Head of Department of Neurology and Stroke Centre. Coordinator, Neurosciences Area – IdiPAZ (Health Research Institute) La Paz University Hospital - Autónoma University of Madrid

and intravenous (IV) for allogenic stem cells after stroke. Both routes showed the same effectiveness for promoting functional recovery through brain protection and repair mechanisms. Interestingly, no stem migration or implantation into the ischemic lesion was observed after IV administration, indicating that the formation of cell niches is not required to achieve good functional recovery.

Regarding to appropriate cell type, a comparison of the effects of allogenic bone marrow mesenchymal stem cells (MSC) and adipose tissue-derived MSC (ADMSC) found that both cell types showed similar efficacy in achieving a good functional recovery, as well as reducing cell death, increasing cellular proliferation, neurogenesis, oligodendrogenesis, synaptogenesis and angiogenesis markers after stroke. Regarding to type of administration, autologous or allogenic, previous studies have demonstrated that both are equally effective on functional recovery.

Concerning safety of ADMSC, they performed a proof of concept study that concluded that rat ADMSC and human ADMSC were both safe without side effects or tumor formation at 3 months. Both treatments provided equal efficacy in functional recovery, decreased ischemic brain damage (cell death and glial scarring) and higher angiogenesis and sy-

naptogenesis marker levels. ADMSC have great advantages for the clinical translation is abundant and easy obtain without invasive surgery.

The promising results in animal models have lead to a phase II double blind trial for the use of ADMSC in acute stroke (AMASCIS, www.clinicaltrials.gov) currently ongoing. From the experience with that uni-center pilot clinical trial, we joined an European international consortium (H2020) coordinated by me and Dr. Detante (Grenoble, France) and, will recruit 400 patients from the Czech Republic, Finland, France, Spain, UK and deliver new knowledge on the area of regenerative medicine.

This is an ambitious project that is complemented by research in recovery biomarkers (biochemical and neuroimaging) and preclinical stroke models to increase the knowledge on the action mechanisms of cell therapy in ischemic stroke.

Currently, our group has encouraged by exosome therapy from ADMSC due to play an important role in paracrine mechanism which is involved in action mechanisms of MSC and their therapeutic effects.

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

14h30 - 16h00

Corticosteroids and diabetes: usual friends



Javier Ena
Coordinator Diabetes and Obesity Working Group of the Spanish Society of Internal Medicine. Honorary professor, Department of Public Health, Univ. Miguel Hernández, Alicante

Glucocorticoids, commonly used to treat multiple inflammatory processes, can cause hyperglycemia and diabetes.

detecting glucocorticoid-induced diabetes, and the management glucocorticoid-induced diabetes according fingerstick glucose levels and type of glucocorticoid drug used.

Glucocorticoids, commonly used to treat multiple inflammatory processes, can cause hyperglycemia and diabetes. This presentation summarizes the mechanism of drug-induced diabetes by glucocorticoids, the proposed methods of

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

09h15 - 10h45



CUIDADOS PALIATIVOS NAS INSUFICIÊNCIAS AVANÇADAS DE ÓRGÃO

Referenciação a serviços de Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos (CP) não se destinam apenas a doentes oncológicos. Entre outras patologias, as insuficiências avançadas de órgão (hepática, cardíaca, respiratória, renal, por exemplo) implicam frequentemente a necessidade de CP. Mas a decisão de introduzir estes cuidados de saúde não é simples. De acordo com os internistas que participam esta manhã na mesa-redonda “Cuidados paliativos nas insuficiências avançadas de órgão”, a tomada de decisão deve assentar não apenas nas expectativas de sobrevida, mas também nas necessidades dos doentes.

De acordo com Aida Cordero Botejara, assistente graduada de Medicina Interna e médica da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Hospital de Santa Luzia de Elvas, nas doenças avançadas não oncológicas existe dificuldade em estabelecer o prognóstico e identificar a fase final de vida, dado que podem apresentar frequentes descompensações seguidas de períodos de estabilidade clínica em que o doente pode recuperar o estado de saúde prévio.



Aida Cordero Botejara

Para a médica, esta “incerteza e a escassa perceção de padecer de uma doença grave acarreta dificuldades na tomada de decisões em situação de fim de vida, quer pelos profissionais quer pelos doentes e familiares, comportando procedimentos invasivos que muitas vezes são fúteis e com insuficiente controlo sintomático”.

Referindo-se ao tema da sua palestra, “Cuidados paliativos na insuficiência hepática”, Aida Cordero Botejara afirma que as doenças hepáticas crónicas apresentam elevada prevalência e morbimortalidade condicionada por dois fatores: a insuficiência hepática e a hipertensão portal.

“A história natural da cirrose divide-se em duas fases: a cirrose compensada, considerada praticamente assintomática, que transita com uma velocidade variável (5-7% anual) até a fase de cirrose descompensada, com o desenvolvimento de com-

plicações relacionadas com o aumento da hipertensão portal. Frequentemente, é a ascite a complicação que marca o início desta fase”, explica.

Segundo a internista, o prognóstico está associado ao grau de insuficiência hepática e à falência de órgãos extra-hepáticos, estratificado na classificação Child-Pugh, e mais recentemente com o índice MELD, com melhor capacidade discriminativa para priorizar a indicação para transplante hepático.

Outro fator envolvido na evolução destes doentes é “a possível reversibilidade da doença hepática de base, determinada pela etiologia e a sua possível terapêutica (antiviral, abstinência alcoólica)”.

“A doença hepática terminal (ESLD) é a etapa final na evolução natural das doenças hepáticas e apresenta complicações agudas, episódicas e frequentes que costumam necessitar de internamentos frequentes, tais como ascite refratária, hemorragia por varizes, encefalopatia, infeções, peritonite e síndrome hepatorenal”, indica a médica.

A doença acompanha-se de sintomas que limitam a qualidade de vida (astenia extrema, prurido, icterícia, caquexia, câibras musculares, dor não controlada e depressão) que é pertinente avaliar sistematicamente, sendo necessário adequar a terapêutica à insuficiência hepática e a outras comorbilidades, assim como o risco de agravamento da encefalopatia.

Aida Cordero Botejara esclarece que a possibilidade de um tratamento curativo definitivo, ainda que de acesso limitado, como é o transplante hepático, condiciona as possibilidades de sobrevivência e a necessidade de cuidados paliativos naqueles doentes que não serão candidatos a transplante pelas suas comorbilidades e nos que agravam o prognóstico a curto prazo por complicações à espera do transplante.

“A decisão de CP e de limitação do esforço terapêutico dependerá da indicação para transplante hepático e da potencial reversibilidade da complicação, sendo necessária uma cuidadosa informação e avaliação, considerando os valores e preferências do doente e da família, que possibilitem a tomada de decisões conjunta

entes é negativamente influenciada pelo status funcional, sobrecarga de sintomas e stress psicológico”.

“Estudos epidemiológicos recentes demonstram um aumento da incidência e uma melhoria da sobrevida dos doentes com insuficiência cardíaca congestiva, com o consequente aumento do número de doentes que vive com IC, por definição, sintomáticos”, indica.

À medida que a evolução do conhecimento levou ao aparecimento de tera-

pêuticas mais eficazes, com melhoria da sobrevida, Conceição Pires indica que se foi assistindo ao aparecimento de mais doentes que vivem com IC, muitos em fases avançadas da doença e que pela idade têm múltiplas comorbilidades e fragilidades.

“Apesar das recomendações no sentido da referenciação a serviços de CP, a percentagem de doentes com acesso a estes cuidados é ainda muito pequena. São vários os obstáculos encontrados à



A tomada de decisão quanto à prestação de cuidados paliativos deve assentar não apenas nas expectativas de sobrevida, mas também nas

e a adequação das medidas terapêuticas”, conclui.

CP na insuficiência cardíaca

Conceição Pires, assistente hospitalar graduada de Medicina Interna do Serviço de Cuidados Paliativos do CH de São João Porto, é uma das participantes nesta mesa-redonda e centrará a sua palestra no tema “Cuidados paliativos na insuficiência cardíaca”.

De acordo com a médica, a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) constitui um problema de saúde pública importante, com prevalência e mortalidade elevadas, sobretudo nos doentes em fases avançadas, havendo vários estudos que demonstram que “a qualidade de vida nestes do-



Conceição Pires

adequada referenciação dos doentes”, adianta a médica, desenvolvendo que podem elencar-se as barreiras dos profissionais, peritos da área e em cuidados paliativos, resistências dos doentes e famílias e constrangimentos estruturais.

Relativamente às dificuldades encontradas pelos profissionais, Conceição Pires afirma que os peritos que acompanham estes doentes temem que os seus doentes possam sentir-se abandonados e mesmo que não sejam adequadamente tratados (a evolução do conhecimento na área é vasta e é plausível que os peritos questionem o conhecimento de não peritos na área, além disso, o melhor acompanhamento destes doentes baseia-se na otimização do tratamento

deve centrar-se nas necessidades dos doentes

dirigido à doença, quando adequado e possível).

Por seu lado, acrescenta, “os paliativistas sentem, por vezes, relutância em tratar estes doentes por sentirem ‘ameaçada’ a sua capacidade de expert. Por um lado, a evolução menos previsível e, por outro, o carácter variável e ambivalente das reações emocionais dos doentes (por oposição à clássica evolução de declínio progressivo na fase avançada das doenças oncológicas) pode ser sentido

ção?”, questiona a médica. “Alguns centros encontraram no ‘trabalho colaborativo’ através de uma intervenção multidisciplinar a resposta adequada às necessidades destes doentes, sentida como positiva por todos os intervenientes”, explica

Por oposição ao clássico modelo “transicional” cuidados curativos/cuidados paliativos, o modelo de “complementaridade”, em que ao longo do processo de evolução da doença o peso relativo dos cuidados vai variando, parece ser, segundo Conceição Pires, “mais funcional e capaz de dar resposta as necessidades de doentes e famílias”.

“Ao momento do diagnóstico, a maioria dos doentes está sintomática. Com a instituição de medicação, adequação dietética e gestão de fluidos e outras medidas, é possível melhorar os sintomas, mas muitos doentes mantêm limitação funcional, com diminuição da resistência ao esforço, fadiga persistente e alterações sociais no trabalho e relações interpessoais.”

Conceição Pires defende que a abordagem paliativa dirigida ao alívio do sofrimento, dando resposta aos problemas físicos, psicológicos e espirituais, através do controlo de sintomas, apoio psicossocial e abordagem do sofrimento existencial, deveria idealmente ser disponibilizada em simultâneo com as mais recentes e adequadas intervenções de medicina baseada na evidência dirigidas à modificação da doença.

“Numa fase inicial da doença, o objetivo predominante da intervenção é a educação do doente e família sobre a insuficiência cardíaca e o autocuidado. Na fase de estabilidade sintomática o papel é de suporte, potenciando os mecanismos de *coping* para lidar com a IC e o impacto na vida diária. Na fase avançada da doença, em que há grande fragilidade física, a palição de sintomas deve ser prevalente, mantendo-se, no entanto, importantes muitos tratamentos dirigidos à doença. A abordagem deve pautar-se pela definição de objetivos de cuidados, baseada nos valores, necessidades e prioridades do doente.”

Para poder prestar cuidados adequados, Conceição Pires refere ser fundamental o planeamento antecipado de cuidados, sendo para isso necessário estabelecer uma comunicação eficaz, que permita que a tomada de decisões sobre terapêuticas e outras intervenções seja partilhada entre clínicos e doentes.

“Segundo Goodlin, embora haja pouca evidência específica para os melhores cuidados em fim de vida dos doentes com ICC, a melhor orientação pode inferir-se dos variados estudos em doentes com ICC avançada. Medicação dirigida à ICC, incluindo IECA e β -bloqueadores, deve ser continuada nas fases finais de vida, de acordo com a tolerância do doente. Deve

ser feito controlo de fluidos tentando manter euvolemia”, indica.

E finaliza: “Além dos tratamentos convencionais da ICC, deve ser dada resposta a outros problemas, como controlo de sintomas, problemas sociais e apoio no luto. Nas discussões sobre a melhor orientação deve estar presente o carácter incurável da doença e o prognóstico. Os cuidados devem ser planeados, incluindo o local de cuidados e a necessidade de uma equipa interdisciplinar.”

CP na insuficiência respiratória

Segundo Elga Freire, assistente hospitalar graduada de Medicina Interna do CHP e coordenadora da EIHSCP do CHP, os CP, tradicionalmente associados à doença oncológica, são um componente importante da abordagem dos doentes com doença pulmonar crónica avançada e insuficiência respiratória, nomeadamente a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

“De acordo com a Global Initiative for COPD (GOLD), através de uma abordagem multidisciplinar que alarga o modelo tradicional de tratamento médico, aumentando o foco na melhoria da qualidade de vida, otimização da função, ajuda na tomada de decisões sobre os cuidados de fim de vida, suporte emocional e espiritual aos doentes e suas famílias, os CP devem ser introduzidos no início do diagnóstico destas doenças”, refere.

A médica chama a atenção para a importância de não restringir os CP aos cuidados de fim de vida nem às últimas horas ou dias de vida. “A inclusão dos doentes em cuidados paliativos deve basear-se mais nas suas necessidades do que nas expectativas de sobrevida.”

A trajetória imprevisível da doença, o desconhecimento do quanto os serviços de CP podem ajudar, as dificuldades de comunicação dos profissionais de saúde com os doentes e suas famílias e a falta de informação sobre as opções terapêuticas são, segundo Elga Freire, algumas barreiras que impedem o acesso dos doentes não oncológicos aos CP.



Elga Freire

A internista menciona que estudos demonstram que os doentes com DPOC avançada, quando comparados com doentes com cancro do pulmão terminal, têm significativamente menor qualidade de vida, estão mais confinados ao domicílio, têm mais dispneia, ansiedade e depressão e recebem menos tratamento sintomático. Contudo, indica, “apesar da limitação ao domicílio, estes doentes e os seus cuidadores recebem pouco suporte dos serviços comunitários”.

Por outro lado, metade dos doentes

com DPOC morre nos hospitais, a maioria em unidades intensivas, e que os sobreviventes necessitam, muitas vezes, de cuidados intensivos de enfermagem e de fisioterapia em internamentos prolongados. “Estes doentes são, cada vez mais, submetidos a ventilação mecânica. Questões como quando não iniciar ou suspender a ventilação ou se o limite é a ventilação não invasiva colocam-se diariamente”, relata.

“As decisões de fim de vida devem ser discutidas com o doente, numa fase de estabilidade da doença, o que raramente acontece. Um estudo realizado em Portugal aponta como principais razões para a insuficiente comunicação entre o médico e o doente com DPOC sobre o final de vida a falta de preparação dos profissionais, o medo de tirar a esperança aos doentes e a falta de formação. A comunicação que inclui as decisões de fim de vida é um dos princípios básicos de CP”, considera.

Os CP devem ser integrados nos cuidados multidisciplinares aos doentes com doença respiratória crónica avançada, quer seja em ambiente hospitalar, no internamento ou consulta externa, quer a nível domiciliário.

“A correta abordagem dos doentes com doença crónica avançada requer uma melhoria dos conhecimentos dos médicos e dos outros profissionais de saúde, o que implica uma aposta na formação pré e pós-graduada em CP, a par de um investimento na organização das instituições”, conclui.

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO IPVC

09h15 - 10h45



necessidades dos doentes

como ameaça à abordagem tradicional em CP”.

Também os doentes e famílias podem ser um obstáculo à referência a serviços de CP. “Frequentemente, têm dificuldade em ver a sua doença como terminal e temem que, ao ser orientados para consultas de cuidados paliativos, percam acesso aos ‘tratamentos mais recentes’ e adequados à sua situação”, justifica.

Adicionalmente, os recursos não são inesgotáveis. “Sabemos que mesmo os doentes tradicionalmente considerados candidatas a apoio de CP têm referências tardias e, frequentemente, não chegam mesmo a beneficiar destes cuidados.”

“Como dar resposta a esta situa-

Renal palliative care: a new challenge in renal failure



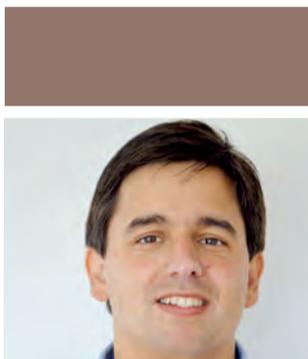
Juan Pablo Leiva
Palliative Care, Hospital de Manacor, Mallorca

Patients with chronic kidney disease may receive sustained supportive care and renal palliative care. More than the diagnosis is the prognosis what seems to be the most sensitive issue to deal with through the various stages of renal replacement therapy (RRT). The decision making process that involves starting dialysis, or kidney conservative management, up to dialysis withdrawal are challenging situations for clinicians. In this session we will review the literature on the development of renal palliative care and will take a look to some renal palliative care models. Also a description of the basement for an educational program for nephrology fellows in palliative care will be done. We will discuss the management of pain and symptom

control, as well as communication skills and other psychological and ethical aspects in the renal patient. A palliative care approach can provide a positive impact on the quality of life of patients and their families, as well as optimizing the complex treatment of the renal patient.

A palliative care approach can provide a positive impact on the quality of life of patients.

Terapêutica endovascular no AVC agudo. Como estamos? Para onde vamos?



Manuel Ribeiro

Neurorradiologia de Intervenção.
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho

O paradigma do tratamento do AVC isquémico na fase aguda mudou significativamente. Na sequência dos estudos publicados em 2015, que mostraram o benefício clínico da tromboectomia mecânica no tratamento do AVC isquémico agudo com oclusão de grande vaso, as recomendações das principais sociedades científicas de AVC passaram a incluir este tratamento na abordagem terapêutica do AVC agudo.

O planeamento da rede deve procurar o equilíbrio entre a proximidade dos “doentes” e a diferenciação técnica dos centros com capacidade de efetuar tromboectomia.

Nestes consensos, recomenda-se que o tratamento endovascular seja realizado em centros diferenciados e que a decisão de tromboectomia mecânica deve ser multidisciplinar, incluindo um neurointervencionista qualificado, treinado e experiente.

Esta nova realidade obrigou à reorganização dos sistemas de saúde em todo o mundo, de forma a tratar, numa janela temporal limitada (“tempo é cérebro”), os doentes com AVC agudo. O Sistema Nacional de Saúde deve organizar, com urgência, a sua rede de referência, com base nos recursos atualmente existentes, conectando a rede das unidades de AVC aos centros de Intervenção Neurovascular. Esta reorganização deve ter por base os pressupostos científicos que regem o tratamento do AVC agudo, nos quais a diferenciação técnica e o tempo de atuação são fundamentais para a obtenção de bons resultados clínicos.

O planeamento da rede deve procurar o equilíbrio entre a proximidade dos “doentes” – diminuindo assim o tempo decorrido desde o início dos sintomas até ao tratamento endovascular – e a diferenciação técnica dos centros com capacidade de efetuar tromboectomia, melhorando desta forma a eficácia do tratamento e o prognóstico dos doentes. Este exercício apenas será possível com a implementação de uma rede de transmissão de dados clínicos/imagem e do transporte eficiente dos doentes.

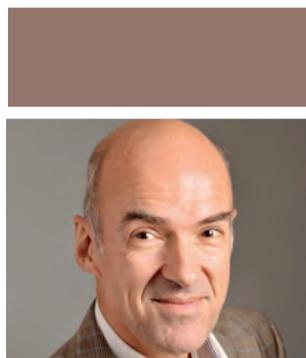
Em Portugal, a Neurorradiologia de Intervenção, ainda sem redes de referência estabelecidas, efetuou em 2015 aproximadamente 350 tromboectomias mecânicas nos seus nove centros de Neurointervenção (com 26 especialistas dedicados), contabilizando cerca de 1,6% dos AVC, o que está em linha com a generalidade dos países desenvolvidos. Estes números não devem esconder, no entanto, a necessidade de organização da rede, a qual deverá permitir um acréscimo de doentes tratados de aproximadamente 2% ao ano, ao longo dos próximos 5 anos.

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

14h30 - 16h00

The time has come to incorporate ultrasound training in the basic medical curriculum



Frank Bosch

Internist, Rijnstate Hospital.
President of the European
Federation of Internal Medicine

200 years ago Rene Laennec invented the stethoscope. This instrument led to better physical examination and thus improved healthcare. Many specialists already employ ultrasound in their daily practice; it is my view that the time has come for internists to do the same; Ultrasound will expand our physical skills and lead to better healthcare. Here are some examples for internists:

Head/Neck: if a tumor is found on palpation of the neck uncertainty remains. Ultrasound will show you immediately if this is an enlarged lymph node, a tumor or something else.

Lungs: even though the lungs contain air, the pleura can be visualized easily; a pneumothorax can be ruled out with certainty with the ultrasound probe; furthermore, ultrasound is the best way to investigate the existence of pleural fluid.

Heart: examination of the heart and inferior caval vein is extremely helpful in determining the cause of hypotension or shock. Even for people with little experience, it narrows down the differential diagnosis substantially.

Abdomen: organomegaly or free fluid in the abdomen is quickly visible with ultrasound.

Vessels: thrombosis can be diagnosed with certainty with the use of

ultrasound and flow patterns can be determined in arteries. The increased safety of catheterization of the internal jugular or subclavian vein has been well demonstrated.

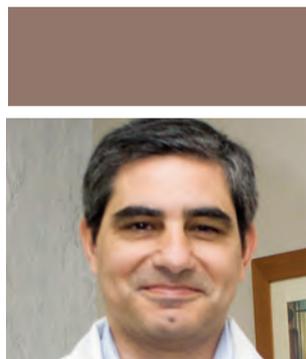
Conclusion: it is not clear why internists are so hesitant to take up ultrasound; we are not hesitant at all in ordering lab tests! Many specialists have preceded the internists. Maybe it is the fear of technology or diagnostic errors. The beautiful process of a good anamnesis and physical examination can be further improved by using the ultrasound probe instead of a stethoscope. We dedicate a lot of time to teaching physical diagnosis and the use of the stethoscope in the medical curriculum; the time has come to dedicate time to educate the doctors of the future in using ultrasound.

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO IPVC

13h00 - 13h30

Telestroke na era da tromboectomia



Gustavo Cordeiro

Assistente graduado de Neurologia do CHUC. Corresponsável pela implementação da Via Verde do AVC inter-hospitalar na região Centro. Membro do Comité de Telestroke da European Stroke Organization (ESO). Membro do painel científico de Cuidados Neurocríticos da European Academy of Neurology (EAN)

O ano de 2015 representou um marco histórico na abordagem do doente com AVC isquémico. Com efeito, a publicação, no início desse ano, dos vários

estudos que demonstraram o extraordinário benefício do tratamento endovascular, quando instituído nas primeiras 6 horas em doentes com oclusão de grandes vasos, inaugura uma nova era. E esta nova fase terapêutica é também um desafio sob o ponto de vista organizacional, na medida em que impõe uma reformulação da articulação entre os hospitais com unidades de AVC de nível B e A, de modo a oferecer este recurso a quem dele necessita.

Cumprindo esse propósito, teve início, em 1 de agosto de 2015, um projeto de articulação entre os 7 hospitais da região Centro com unidades de AVC de nível B e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (com unidade de AVC de nível A, dispondo de equipa de neurorradiologia de intervenção 24/24 horas), num esforço conjunto que inclui os diferentes profissionais que deles fazem parte, ARS-Centro e INEM. Com o recurso à telemedicina – a qual permite a visualização simultânea do doente e dos exames de imagem cerebral – foi constituída a teleconsulta da Via Verde do AVC, cujo objetivo principal é o de prestar apoio à decisão terapêutica e de selecionar, a

O ano de 2015 representou um marco histórico na abordagem do doente com AVC isquémico.

montante, os doentes com AVC isquémico passíveis de ser submetidos a tromboectomia. Deste modo, permite igualmente introduzir eficiência no modelo, transferindo com caráter emergente os potenciais candidatos e evitando a deslocação dos restantes.

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

14h30 - 16h00

O AGRIDOCE DA DIABETES

Quando os vírus trazem companhia



Paulo Subtil
Consultor em MI, CHTMAD

É sabido que os doentes com infecção pelo VIH têm frequentemente uma perturbação importante no metabolismo lipídico, mas mais recentemente foram encontrados novos casos de diabetes tipo

2 associada às novas terapêuticas antirretrovirais e à melhoria do estado global dos doentes.

É desta realidade que surge este interesse, o qual abre muitas portas, levanta

muitas questões e de momento tira poucas dúvidas e aponta poucas certezas. Mas, tal como escreveu recentemente *Max Pemberton*, muito em breve, será “preferível ter infecção pelo VIH que diabetes”.

Sexta-feira, 27
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
09h15 - 10h45

Desde sempre que se têm procurado as causas para as inúmeras doenças que afetam o ser humano. A diabetes não tem fugido a esse paradigma, mas a discussão em torno do assunto tem esbarrado invariavelmente na falta de consenso científico e na ambiguidade dos resultados.

Até há não muito tempo, as infeções víricas, nomeadamente as causadas pelo grupo dos enterovírus, pareciam indiciar uma forte relação de causalidade. Contudo, os vários estudos (retrospectivos e prospetivos) têm apontado caminhos díspares. Não se podendo aferir uma relação de causalidade, as infeções pelos coxsackie B, rotavírus, citomegalovírus, vírus da rubéola e da parotidite estão associadas a um aumento da incidência da diabetes tipo 1, a qual, não sendo explicada por uma relação direta, pode ser explicada pela indução de diversos mecanismos de autoimunidade, seja da ativação de células T autorreativas, de mecanismos de imunidade humoral, ou de diversos outros fatores intervenientes no processo inflamatório, como citoquinas, interferon- α e o complexo MHC das classes I e II.

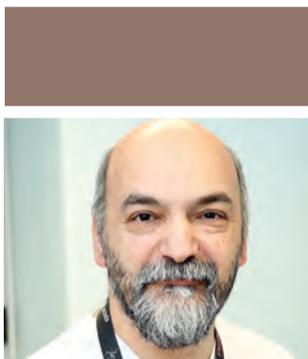
Da exposição vírica, da (epi)genética e do meio ambiente, presumivelmente se congregarão no mesmo instante as circunstâncias ideais, de forma a disparar o gatilho que vai conduzir ao aparecimento de algumas das formas de diabetes.

Associadamente à etiopatogenia suspeita na diabetes tipo 1, sobra um grande e vasto campo para justificar a hiperglicemia que caracteriza a diabetes tipo 2. Há já trabalhos nesta área que tentam relacionar a presença de determinados vírus no pâncreas de doentes com D2, os quais, associadamente à demanda aumentada, particularmente em pessoas obesas, ou da insulinoresistência que as caracteriza, têm associadamente diminuição da produção de insulina causada pela destruição das células β secundária à infeção viral.

Em torno deste tema sobram ainda os casos da hiperglicemia associados a situações concretas, tais como a hepatite C, que traz consigo um risco aumentado de novos casos de diabetes tipo 2 e em doentes submetidos a terapêutica com Interferon formas de diabetes tipo 1 imunomediada.



Terapêutica nos doentes muito idosos na fase aguda: os mesmos critérios?



Manuel Guilherme Gama

Assistente hospitalar graduado de MI, Unidade de AVC, CH de São João

A apresentação “Terapêutica nos doentes muito idosos na fase aguda: os mesmos critérios?” pretende aclarar os critérios de abordagem a ter no doente mais idoso, onde o acidente vascular cerebral (AVC) é muito frequente, com especial atenção à fase aguda e mencionando as novas opções terapêuticas à nossa disposição, nomeadamente a trombectomia mecânica. Não é fácil definir o que é o “doente muito idoso”, sendo a barreira etária a forma mais fácil de “acantonar” um número muito importante de doentes com AVC, doentes que são com alguma frequência menosprezados.

O AVC, não esqueçamos, é uma doença do doente idoso, na maior parte dos casos. O “doente mais idoso” é apenas uma fatia muito importante destes. Não se pode cair no paradoxo de apurar o tratamento de uma doença e dirigi-lo para uma minoria que é aquela representada pelos doente mais novos e/ou pelos doentes “menos idosos”.

O doente mais idoso ainda é observado mais tarde, ainda faz menos exames

de diagnóstico e ainda é aquele a quem mais provavelmente será negada uma cama diferenciada em cuidados agudos para doentes com AVC. E, porém, pela sua fragilidade, pelas comorbilidades que frequentemente apresenta, é justamente o doente que mais tem a ganhar com um cuidado diferenciado e atento. O tipo de fatores de risco presentes no doente mais idoso, nomeadamente a fibrilhação auricular, faz dele o doente onde, frequentemente, a prevenção secundária é, paradoxalmente, mais recompensadora.

Quando surgiu a terapêutica trombolítica para o tratamento agudo do AVC isquémico, pelo simples facto de a maior parte dos estudos científicos não randomizarem os doentes mais idosos, houve um tempo de espera antes que fosse internacionalmente aceite a trombólise endovenosa para o doente mais idoso, neste caso, o doente com mais de 80 anos. Hoje já não é assim, a idade deixou de ser um fator de exclusão para a trombólise endovenosa.

Agora que a trombectomia mecânica está a ganhar um espaço cada vez maior na abordagem aguda do AVC isquémico, parece também que no doente mais idoso é possível a utilização deste novo tratamento. É importante refinar critérios para evitar a futilidade terapêutica, mas, mais importante que isso, para não negar a uma faixa importante dos nossos doentes com AVC agudo o tratamento atempado e adequado.

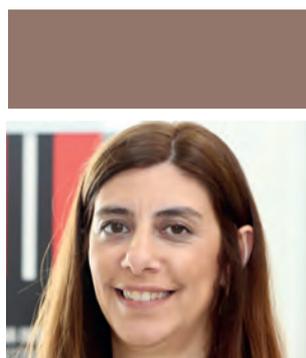
Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

14h30 - 16h00

(IN)DECISÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

“Dou mesmo alta ou interno?”



Susana Neves Marques

Assistente hospitalar graduada de MI. Chefe de Equipa do Serviço de Urgência. Coord. Unidade Cuid. Inter. Médicos do Serviço. de MI do H. São Bernardo, CHS. Membro do Núcleo de Urgência e Doente Agudo da SPMI (NEUrgMI)

No dia-a-dia do trabalho no Serviço de Urgência, cada internista individual-

mente e o chefe de equipa médica, como gestor da equipa e organizador do trabalho daquele dia, são confrontados com decisões clínicas, desde as mais fáceis e lineares às mais complicadas e com contornos clínicos ou de gestão que conduzem à necessidade de definição de estratégias mais elaboradas. Estas decisões, mais ou menos difíceis, se sustentadas em evidência clínica e em normas ou protocolos, vão traduzir-se em estratégias de diagnóstico e terapêutica com o objetivo final de solucionar o problema do doente que motivou a sua ida ao Serviço de Urgência.

Mas, paralelamente às decisões clínicas sustentadas, todos nós somos confrontados diariamente com aquilo a que o NEUrgMI decidiu chamar de (in)decisões no Serviço de Urgência.

Com isto, pretendemos debater, naquele que será o mais amplo fórum de discussão nacional de Medicina Interna, a situação daqueles doentes que pela sua patologia, pela necessidade de determinada

marcha diagnóstica, ou pela necessidade de vigilância ou terapêutica, nos causam dúvida de qual será a melhor estratégia a implementar, internar para tentar solucionar mais rapidamente a situação ou dar alta e definir plano de seguimento em ambulatório (em ambiente de Hospital de Dia ou de Consulta Externa).

A estratégia que definirmos será importante não só para o doente em causa, mas também para o hospital, visto que terá reflexo no aumento ou na diminuição do número de internamentos.

Esperamos que este seja um momento de debate e de reflexão sobre uma temática cada vez mais premente no panorama atual dos hospitais e do trabalho no Serviço de Urgência.

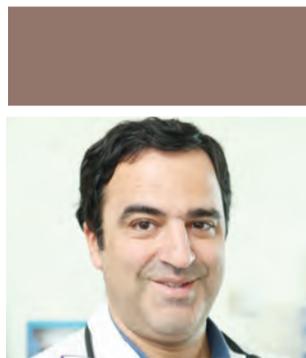
Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO IPVC

14h30 - 15h30

(IN)DECISÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Análises polémicas



João Porto

Assistente graduado de MI. Serviço de Medicina Interna A, CHUC

Hoje em dia, a Medicina Interna tem um papel fulcral no funcionamento dos serviços de urgência do nosso país, nomeadamente nos serviços de urgência médico-cirúrgica, polivalente e alguns

serviços de urgência básica. Em qualquer momento o internista é chamado a tomar decisões importantes, por vezes, difíceis, mas essenciais para a devida orientação dos doentes.

Uma das situações comuns é a de ter de tomar uma decisão baseada apenas em alterações analíticas, que nem sempre têm uma correlação óbvia com o quadro clínico subjacente. Todos nós somos confrontados, por vezes, com doentes cujo principal problema é uma elevação inexplicada da PCR ou da troponina, ou com outro parâmetro laboratorial alterado, e temos de tomar uma decisão naquele momento, o que nem sempre é fácil e linear.

Nalguns casos, podem-se aplicar os vários algoritmos emanados das *guidelines*, mas o que acontece frequentemente é pedirem-se várias análises, mesmo que desadequadas, numa estratégia de medicina defensiva, que muitas vezes aplica-

mos. Isto deve-se ao facto de trabalharmos muitas horas seguidas em serviços de urgência sobrelotados, nalguns casos, em condições deficientes e com cansaço acumulado, em que o pouco tempo que temos para avaliar clinicamente os doentes muitas vezes é compensado com o pedido abusivo de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises.

Neste *workshop*, pretende-se abordar algumas dessas análises, por vezes consideradas polémicas, discutindo a sua importância, a necessidade de as solicitar e em que contextos, e a melhor forma de lidar com as suas alterações no dia-a-dia do Serviço de Urgência.

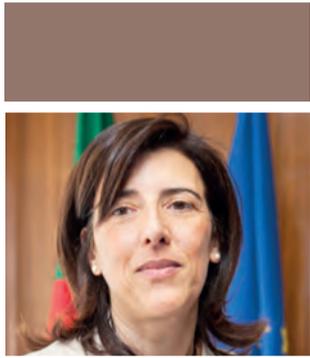
Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO IPVC

14h30 - 15h30



Tuberculose em Portugal: realidade e perspectivas futuras



Raquel Duarte

Programa Nacional para a Tuberculose. Centro de Referência Nacional para a Tuberculose Multirresistente. UGI Torax, CHVNG/E. FMUP. Instituto de Saúde Pública, UP

Nos últimos anos, tem ocorrido uma diminuição da incidência da tuberculose em Portugal, atingindo o cut-off de 20/100.000 habitantes. Uma redução mais acentuada vai exigir diagnósticos mais precoces, rastreio de populações de risco mais eficaz e definição de estratégias que garantam que os doentes fazem o tratamento até ao fim de forma adequada.

Só que não temos vindo a assistir a uma redução do tempo até ao diagnóstico, apesar de termos meios complementares de diagnóstico cada vez mais rápidos. Pelo contrário, temos vindo a assistir a um aumento entre o início de sintomas, o diagnóstico e o início de tratamento. Para reduzir este atraso, é necessário aumentar a suspeição nas comunidades de maior risco entre os profissionais de saúde e melhorar o acesso a serviços de tuberculose (centros de diagnóstico de tuberculose ou consultas de tuberculose).

Cerca de 25% dos doentes com tuberculose apresentam, pelo menos, um fator de risco social.

Cerca de 25% dos doentes com tuberculose apresentam, pelo menos, um fator de risco social. Se pretendermos chegar às populações mais vulneráveis, vai ser necessário criar redes sustentadas de partilha de ações com outras entidades fora do sistema nacional de saúde. É conhecida a forte ligação da tuberculose aos fenómenos económicos e sociais das populações e da importância da criação de equipas multidisciplinares na abordagem desta doença.

As organizações da sociedade civil têm a vantagem de conhecer bem a comunidade local e de funcionar em áreas ou populações de difícil acesso. A colaboração da sociedade civil, particularmente nas áreas geográficas com maior incidência de tuberculose ou com maior

concentração de populações vulneráveis, é fundamental. Esta colaboração pode permitir o alargamento das estratégias de prevenção da tuberculose (detecção precoce e rastreio das populações de risco),

prestação de cuidados e controlo da doença para além das instalações físicas dos serviços de saúde.

Por outro lado, é necessária a sustentabilidade dos serviços de luta antituber-

culosa, garantindo o treino dos profissionais que lá trabalham de forma a garantir a contínua redução de casos, a melhoria do sucesso terapêutico e a redução das formas multirresistentes.

Sexta-feira, 27

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

11h15 - 11h45



Programa

27 DE MAIO (sexta-feira) • 27 DE MAYO (viernes)

07h30	Abertura do Secretariado	
08h00 - 09h00	Comunicações Oraís	
09h15 - 10h45	• CIRROSE HEPÁTICA: PERSPETIVAS FUTURAS <i>Presidente:</i> Carlos Monteverde <i>Moderadores:</i> Maria de Jesus Banza · José Presa <i>Comentadores:</i> Mónica Sousa · Nuno Silva · Alfredo Pinto <i>Acute-on-chronic liver failure: novos conceitos</i> Filipe Nery <i>Lesão renal aguda - como muda o prognóstico?</i> João Santos <i>Infeção. Novas e velhas bactérias. Qual a importância?</i> Joana Cochicho	MESA-REDONDA
09h15 - 10h45	• O AGRIDOCE DA DIABETES <i>Presidente:</i> Margarida Bigotte <i>Moderadores:</i> Edite Nascimento · Filomena Roque <i>Os tumores e os temores na Diabetes</i> Cristina Roque <i>Quando os vírus trazem companhia</i> Paulo Subtil <i>Corticóides e diabetes: os amigos do costume</i> Javier Ena	MESA-REDONDA
09h15 - 10h45	• CUIDADOS PALIATIVOS NAS INSUFICIÊNCIAS AVANÇADAS DE ÓRGÃO <i>Presidente:</i> Pastor Santos Silva <i>Moderadores:</i> Florbela Gonçalves · Ferraz Gonçalves <i>Cuidados paliativos na insuficiência renal</i> Juan Pablo Leiva <i>Cuidados paliativos na insuficiência cardíaca</i> Conceição Pires <i>Cuidados paliativos na insuficiência hepática</i> Aida Cordero <i>Cuidados paliativos na insuficiência respiratória</i> Elga Freire	MESA-REDONDA
10h45 - 11h15	Coffee-break • Apresentação de Pósteres	
11h15 - 12h15	• A MEDICINA INTERNA NO SÉCULO XXI: Tendências, problemas, perspetivas, desafios <i>Moderador:</i> Armando Carvalho <i>Participantes:</i> Paula Baptista · Raquel Calisto · José Mariz · Betânia Ferreira <i>Comentadores:</i> Jorge Poço · José Paulo Araújo	DEBATE
11h15 - 11h45	• TUBERCULOSE EM PORTUGAL: REALIDADE E PERSPETIVAS FUTURAS <i>Presidentes:</i> Ana Maria Correia · João Araújo Correia <i>Conferencista:</i> Raquel Duarte	CONFERÊNCIA
11h45 - 12h15	• SOBREDIAGNÓSTICO E SOBRETREATAMENTO EM MEDICINA <i>Presidentes:</i> Emilio Casariego Vales · José Luis Ducla Soares <i>Conferencista:</i> Luís Campos	CONFERÊNCIA
11h15 - 11h45	• A MEDICINA INTERNA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E NOS PRIVADOS: DIFERENÇAS E VICISSITUDES <i>Presidente:</i> António Oliveira e Silva <i>Conferencista:</i> João Sá	CONFERÊNCIA
11h45 - 12h25	• ESTUDO DIAMEDINT <i>Perfil e prevalência dos diabéticos internados nos Serviços de Medicina Interna. Apresentação de resultados</i> <i>Presidente:</i> Manuel Teixeira Veríssimo <i>Moderadores:</i> Álvaro Coelho · Estevão Pape <i>Participantes:</i> Rita Nortadas · Joana Decq Mota · Conceição Escarigo · Paula Lopes	MESA-REDONDA

AUDITÓRIO IPVC	• ENTREGA DO PRÉMIO JORGE CALDEIRA	
12h30 - 13h30	• SIMPÓSIO PATROCINADO BOEHRINGER (1) <i>Coração e Pulmão: Evidência robusta para desafios no mundo real</i> <i>Moderador:</i> Pedro Von Hafe <i>Palestrantes:</i> Pedro Monteiro · Miguel Guimarães	SIMPÓSIO
12h30 - 13h30	• SIMPÓSIO PATROCINADO BIAL (2) <i>O Futuro da Diabetes, hoje: da doença cardiovascular ao cancro</i> <i>Presidente:</i> Miguel Melo <i>Palestrantes:</i> Pedro Marques da Silva · Luís Andrade	SIMPÓSIO
13h00 - 13h30	• ECOGRAFIA CLÍNICA: A NOVA SEMIOLOGIA? <i>Presidentes:</i> Diana Guerra · António Martins Baptista <i>Conferencista:</i> Frank Bosch	CONFERÊNCIA
13h30 - 14h30	Almoço	
14h30 - 16h00	• "META 90/90/90". CONTRIBUTOS <i>Presidente:</i> Telo Faria <i>Moderadores:</i> José António Malhado · Rosas Vieira <i>Contribuição do Programa Nacional</i> António Diniz <i>Contribuição dos Cuidados de Saúde Primários</i> Rui Cernadas <i>Contributo do poder político</i> Manuel Pizarro <i>Contributo da Medicina Interna</i> Umbelina Caixas	MESA-REDONDA
14h30 - 16h00	• DECISÕES TERAPÉUTICAS NO AVC. O FUTURO <i>Presidente:</i> Ivone Ferreira <i>Moderadores:</i> Maria Teresa Cardoso · Jorge Poço · Ana Paiva Nunes <i>Terapêutica endovascular no AVC agudo: Como estamos? Para onde vamos?</i> Manuel Ribeiro <i>Terapêutica nos doentes muito idosos na fase aguda: Os mesmos critérios?</i> Guilherme Gama <i>Telestroke na era da tromboctomia</i> Gustavo Cordeiro <i>Terapêutica com células stem no AVC isquémico. Novas oportunidades na regeneração cerebral</i> Díez Tejedor	MESA-REDONDA
14h30 - 15h30	• (IN)DECISÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA <i>Moderadoras:</i> Maria da Luz Brazão · Olga Gonçalves <i>Análises polémicas</i> - João Porto <i>Dou mesmo alta ou interno?</i> - Susana Marques	WORKSHOP
15h30 - 16h00	• PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA MÉDICA <i>Moderador:</i> Jorge Crespo <i>Formação em escrita científica</i> - António Vaz Carneiro <i>Mudar a prática clínica</i> - Rui Tato Marinho	OPTIMATE
16h00 - 16h30	Coffee-break • Apresentação de Pósteres	
16h30 - 17h30	• SIMPÓSIO PATROCINADO TECNIMEDE (3) <i>Dislipidemia Aterogénica - Um problema crescente que agrava o risco vascular</i> <i>Presidente:</i> Alberto Mello e Silva <i>Triade Aterogénica e Risco Vascular</i> Alberto Mello e Silva <i>Não-HDL-C poderá ser o melhor marcador de risco CV?</i> Pedro Marques da Silva <i>Benefícios da Terapêutica combinada pravastatina/fenofibrato</i> Carlos Aguiar	SIMPÓSIO

16h30 - 17h30	• SIMPÓSIO PATROCINADO MENARINI (4) <i>Angina de Peito Estável: das Guidelines à Prática Clínica</i> <i>Moderadora:</i> Diana Guerra <i>Palestrante:</i> José Ramón González Juanatey	SIMPÓSIO
16h30 - 17h30	• SIMPÓSIO PATROCINADO DAIICHI-SANKYO (5) <i>O que há de novo na anticoagulação?</i> <i>Presidente:</i> Manuel Teixeira Veríssimo <i>Novas perspetivas no tratamento da fibrilhação auricular. Um olhar atento no doente idoso</i> Maria Teresa Cardoso <i>Atualização em tromboembolismo</i> Frederico Gonçalves	SIMPÓSIO
18h00 - 18h45	CERIMÓNIA DE ABERTURA	
18h45 - 19h15	CONFERÊNCIA DE ABERTURA: NOVA MEDICINA - NOVA ÉTICA <i>Presidente:</i> Diana Guerra <i>Conferencista:</i> João Lobo Antunes	
19h15 - 19h30	PRÉMIO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA	
21h00	Jantar do Presidente	

ORGANIZAÇÃO DO CONGRESSO • ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Presidente do Congresso

Presidenta del Congreso
Diana Guerra

Secretária Geral

Secretaria General
Carmélia Rodrigues

Tesoureiro

Tesorero
Carlos Ribeiro

Comissão Organizadora

Comité Organizador
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna · Sociedad Española de Medicina Interna

Alfredo Pinto · Ana Nascimento · Andriy Bal · Cristina Roque · Edgar Torre · Emilia Guerreiro · Helena Terleira · João Andrade · José Vasconcelos · Luísa Azevedo · Manuel Ferreira · Maria Ramallo · Paula Felgueiras · Raquel Lopez · Rogério Corga da Silva · Rosewitha Bauerle

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo





PUBLICIDADE



PUBLICIDADE