



DIFICULDADES POR TRÁS DA OBESIDADE MÓRBIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Oliveira Vale, Adriana Meneses, Ana Catarina Machado | USF Nova Salus

ENQUADRAMENTO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a prevalência mundial da obesidade, entre 1980 e 2014, mais que duplicou.¹ A principal causa desta patologia é um desequilíbrio energético entre calorias consumidas e gastas. Está associada a um aumento do risco de doenças cardiovasculares, osteoarticulares, de determinadas neoplasias e consequentemente da mortalidade. Além disto, há problemas psicológicos e psicossociais que exigem atenção. É ainda importante estar alerta para o facto de a obesidade poder dificultar a valorização das queixas dos utentes e a realização do exame físico.

DESCRIÇÃO DO CASO

IDENTIFICAÇÃO

Mulher, 55 anos, caucasiana, casada, 2 filhos, 4º ano escolaridade, natural e residente em Vila Nova de Gaia, reformada de costureira por incapacidade

ANTECEDENTES PESSOAIS

- IIIIGIIP
- **Obesidade mórbida (65 kg/m²) (1986) (T82)**
- Laqueação tubar (1992) (W13)
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono (1995) (R04)
- Balão intragástrico (2001)
- Hipertensão arterial não medicada (2007) (T93)
- Insuficiência respiratória (2010) (R04)
- Doença osteoarticular degenerativa (L29)
- Bócio multinodular tóxico e massa mediastínica compatível com tecido tiroideu, submetida a tratamento com Iodo 131 (2015) (T81)
- Hipotiroidismo subclínico sequelar (2015) (T86)
- Insuficiência cardíaca (2015) (K77)
- **Índice de Barthel 40**

MEDICAÇÃO HABITUAL

- Ácido fólico 5mg id
- Levotiroxina 75mg id
- Oxigenoterapia 1-2L/min 24h

ANTECEDENTES FAMILIARES

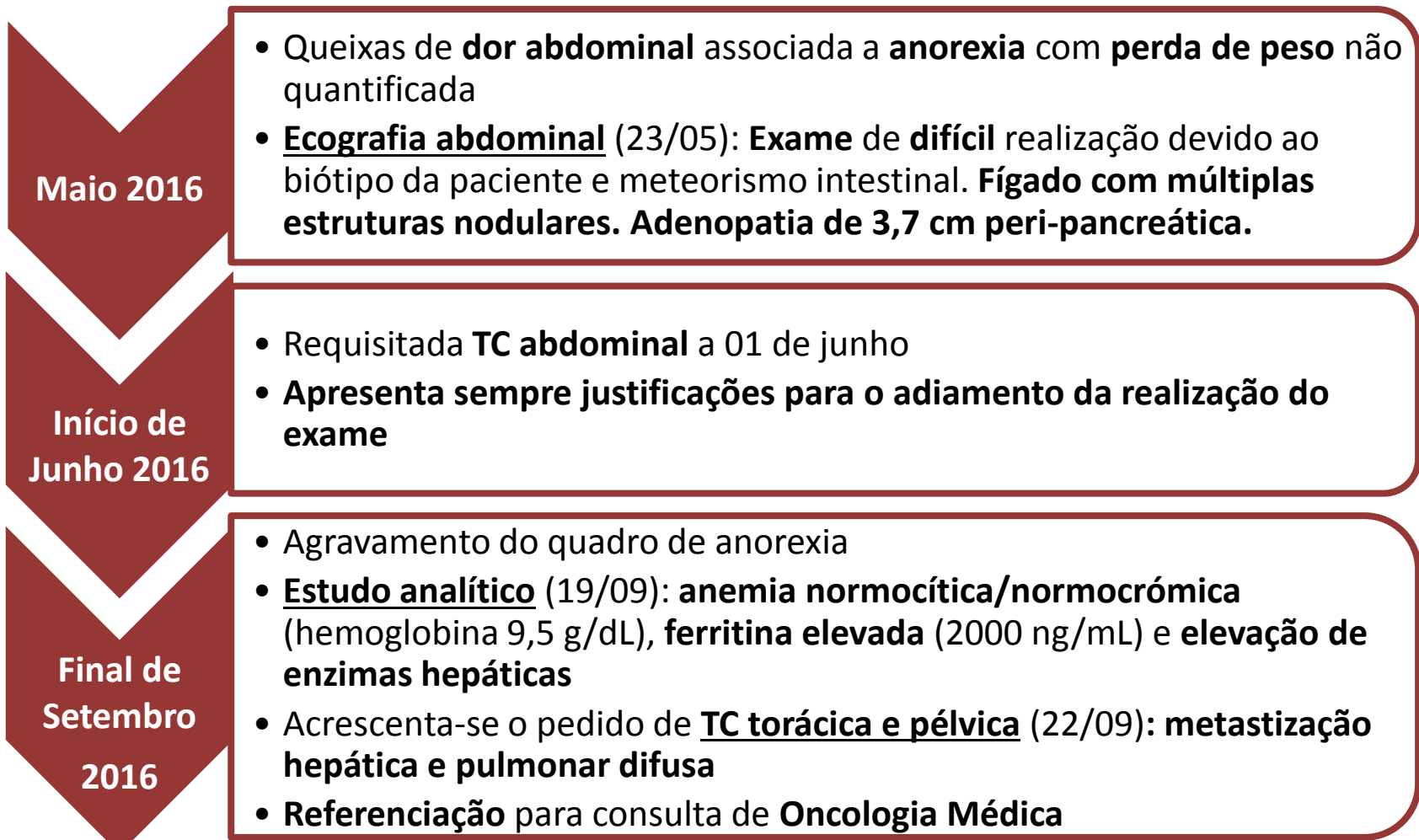
- Doente desconhece doenças de antecessores
- 1º Filho: faleceu com < 1 ano de idade por meningite (1979)
- 2º Filho e Filha: excesso de peso (T83)

AValiação FAMILIAR

- Família nuclear
- Fase VII do ciclo de Duvall
- Classe social baixa de Graffar
- Cuidador principal: nora

Aumento progressivo de peso após as gravidezes (1991) devido a uma alimentação hipercalórica, tendo atingido um **índice de massa corporal de 80 kg/m²**.

Nunca mostrou motivação para perder peso, tendo recusado cirurgia bariátrica. Realizaram-se **várias visitas domiciliárias por incapacidade de deslocação** e por **queixas inespecíficas múltiplas**.



Legenda - TC: Tomografia Computorizada

07 outubro de 2016 Consulta de Oncologia	12 e 14 de outubro de 2016 Domicílio MGF	19 outubro de 2016 Consulta de Cuidados Paliativos/ Internamento
<ul style="list-style-type: none">• Queixas de dor lombar e agravamentos de dispneia em repouso. Escala ECOG 4.• Decidido não existirem condições para tratamento anti-neoplásico, nem benefício em estudo complementar.• Explicado à doente e marido que compreendem e aceitam.• Inicia esomeprazol 20mg id, lepicortinolo 5mg id, paracetamol 1g 8/8h.• Pedido de consulta de Cuidados Paliativos (CP).	<ul style="list-style-type: none">• Rápido agravamento do estado clínico entre as visitas domiciliárias, com dispneia (O₂ a 2L) e dor (sem analgesia: EVA 6; com paracetamol 1g: EVA 0).• Exame objetivo: SatO₂ 89%; FC: 134bpm. Múltiplas pregas com maceração, com solução de continuidade ténue; úlceras de pressão trocantérica direita.• Médico de Família contacta Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP).• Decisão conjunta de internamento para controlo sintomático, tendo em conta o contexto biopsicossocial, e eventual referenciação para Unidade de CP.• Aumenta O₂ para 3L (SatO₂ 98%) e inicia morfina 20 mg/ml 2 gotas a cada 4h.• Aguarda vaga de internamento.	<ul style="list-style-type: none">• Realizado internamento.• Decidido reavaliar necessidade de referenciação para Unidade de CP conforme evolução nos dias seguintes.• Falecimento no próprio dia do internamento.

Legenda - ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; EVA: Escala Visual Analógica da Dor; FC: Frequência Cardíaca; SatO₂: Saturação de Oxigénio

DISCUSSÃO

A obesidade, nomeadamente a obesidade mórbida, pode trazer problemas de saúde importantes. Neste caso, apesar de uma intervenção atempada e da rápida evolução do quadro clínico da doente, fica a dúvida se, na ausência de obesidade mórbida, teria sido possível realizar um diagnóstico mais precoce e obter um desfecho diferente. Pretende-se alertar para esta patologia, uma vez que a prevenção é muito importante, mas quando instalada é também necessário ter em atenção os possíveis problemas associados. Cabe à equipa de saúde o seu seguimento, identificar as dificuldades inerentes à mudança comportamental, ter em atenção o desenvolvimento de patologias secundárias e fornecer o suporte necessário.

REFERÊNCIAS:
1. Obesity and overweight, World Health Organization, Updated June 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>)