



RELATÓRIO FINAL

Estágio Profissionalizante

ANA RITA DE ABREU PRETO FERNANDES
A2018213

REGENTE: Professor Doutor Rui Maio

ORIENTADORA: Professora Doutora Catarina Moita

AGRADECIMENTOS	3
INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	5
ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	5
CIRURGIA GERAL	5
MEDICINA INTERNA	6
SAÚDE MENTAL	7
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	7
PEDIATRIA	8
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	8
ELEMENTOS VALORATIVOS	9
REFLEXÃO CRÍTICA	10
ANEXOS	14
ANEXO 1 – ATIVIDADES DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	14
TABELA 1.1. CRONOGRAMA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	14
ANEXO 2 – TRABALHOS DESENVOLVIDOS NO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	14
TABELA 2.1. TRABALHOS REALIZADOS DURANTE O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	14
2.2. APRESENTAÇÃO DE CIRURGIA GERAL – “ABORDAGEM CIRÚRGICA A NÓDULOS NÃO FUNCIONANTES DA SUPRARRENAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”	15
2.3. APRESENTAÇÃO DE MEDICINA INTERNA – “SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS”	18
2.4. APRESENTAÇÃO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR – CASO CLÍNICO	26
2.5. APRESENTAÇÃO DE PEDIATRIA – “ENTEROCOLITE NECROTIZANTE”	28
ANEXO 3 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE CIRURGIA GERAL	30
GRÁFICO 3.1. INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS (BLOCO OPERATÓRIO E SU)	30
GRÁFICO 3.2. CONSULTA EXTERNA – MOTIVOS DE CONSULTA	30
ANEXO 4 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE MEDICINA INTERNA	31
TABELA 4.1. ENFERMARIA - MOTIVOS DE INTERNAMENTO DOS DOENTES OBSERVADOS	31
GRÁFICO 4.2. CONSULTA EXTERNA – MOTIVOS DE CONSULTA	31
GRÁFICO 4.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA – MOTIVOS DE IDA AO SU	32
ANEXO 5 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE SAÚDE MENTAL	32
GRÁFICO 5.1. DOENTES OBSERVADOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO E SERVIÇO DE URGÊNCIA	32
ANEXO 6 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR	33
GRÁFICO 6.1. CONSULTAS OBSERVADAS E REALIZADAS NO ESTÁGIO DE MGF	33
TABELA 6.2. PRINCIPAIS PROBLEMAS OBSERVADOS NAS CONSULTAS NO ESTÁGIO DE MGF	33
ANEXO 7 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE PEDIATRIA	34
TABELA 7.1. ENFERMARIA - MOTIVOS DE INTERNAMENTO DOS DOENTES OBSERVADOS	34
GRÁFICO 7.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA – MOTIVOS DE IDA AO SU	34
ANEXO 8 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	34
GRÁFICO 8.1. TIPOLOGIA DE CONSULTA EXTERNA OBSERVADA	34
GRÁFICO 8.2. ENFERMARIA – MOTIVOS DE INTERNAMENTO	35
GRÁFICO 8.3. TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA OBSERVADAS	35
GRÁFICO 8.4. SERVIÇO DE URGÊNCIA – MOTIVOS DE IDA AO SU	35
GRÁFICO 8.5. BLOCO DE PARTOS – PARTOS OBSERVADOS E REALIZADOS	36

ANEXO 9 – CERTIFICADOS	37
9.1. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO TEAM	37
9.2. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE SIMULAÇÃO DA LUZ LEARNING HEALTH	37
9.3. PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS E PALESTRAS	38
9.3.1. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS JORNADAS DE MEDICINA DESPORTIVA	38
9.3.2. Certificado de participação no iMed Conference 14.0.	39
9.3.4. Certificado de participação no iMed Conference 15.0.	40
9.3.5. Certificado de participação no 3º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz	43
9.4. PARTICIPAÇÃO DESPORTIVA E ASSOCIATIVA	44
9.4.1. Certificado da Equipa de Voleibol da NMS FCM	44
9.4.2. Certificado de colaboradora da AENMS – Departamento Recreativo	44

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Celina e Francisco, pela educação e oportunidades que me deram ao longo da vida, pelo seu espírito trabalhador, por serem pais exímios e pelos valores transmitidos, por todo o apoio e força, tantas vezes necessários para continuar a jornada, por me inspirarem a querer ser sempre mais e melhor e por todo o amor e confiança que em mim depositam.

Ao meu irmão João por ser um companheiro de vida em todas as horas e ocasiões, por me motivar e por acreditar sempre em mim.

À minha madrinha, a minha segunda mãe, por todos os conselhos e paciência, pelos trabalhos corrigidos e, também pelas oportunidades.

Aos meus avós, avó João, avó Ana, avó Adérito e avó Rita, a minha maior e melhor claqué, os que acreditaram sempre, mesmo quando já cá não estavam, por me ensinarem “Que o sonho comanda a vida e que sempre que um homem sonha o mundo pula e avança”.

À minha tia e aos meus primos, Anita, Mafalda e Francisco, por todas as palavras de coragem e por estarem presentes nos pequenos e nos grandes momentos.

Aos amigos de sempre e a tantos outros que conheci ao longo do curso, em especial à Beatriz, à Vi, à Balonas, ao Gonçalo, à Leonor e à Diana, pelo apoio e motivação incondicionais nos bons e nos maus momentos, por serem uma segunda família.

Aos meus afilhados, Inês, Diana, Tiago, Margarida, Rodrigo e Rita, por acreditarem e confiarem em mim, por me terem feito crescer e, sobretudo, pela bonita amizade que construímos.

Aos meus professores e tutores, pelos ensinamentos transmitidos, por me orientarem e contribuírem para o meu crescimento profissional. A todos os doentes que por mim passaram, que sem saberem, contribuíram para a minha formação médica e pessoal e a quem espero poder um dia retribuir.

Por fim, agradeço a todos os que me marcaram tanto pela positiva como pela negativa, porque contribuíram para quem sou e quem ambiciono ser.

**“E entretanto o tempo fez cinza da brasa
E outra maré cheia virá da maré vaza
Nasce um novo dia e no braço outra asa**

Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida”

- Sérgio Godinho, em O Primeiro Dia

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (NMS|FCM) pretende que o aluno integre conhecimentos e aperfeiçoe competências adquiridas ao longo dos cinco anos. A Unidade Curricular (UC) Estágio Profissionalizante é composta por seis estágios, Cirurgia Geral e Medicina Interna, com duração de oito semanas, Saúde Mental, Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, com duração de quatro semanas. Os estágios visam não só a vertente clínica, com aquisição e prática de competências, como também a vertente interpessoal e humanística presente em todas as especialidades, garantindo uma transição harmoniosa para a integração na Formação Geral e Específica.

Desta forma, defini como objetivos transversais ao Estágio Profissionalizante, os seguintes: (1) Adquirir e consolidar conhecimentos teóricos e práticos, integrando espírito crítico e raciocínio clínico; (2) Transmitir a informação clínica a colegas, oralmente e através de registos, desenvolvendo a capacidade de trabalho em equipa; (3) Melhorar a capacidade de comunicação com doentes e seus familiares; (4) Compreender o funcionamento de um serviço e respetiva articulação com outras instituições prestadoras de cuidados de saúde; (5) Adotar uma atitude proactiva e autónoma para o desenvolvimento de conhecimento e competências.

Assim, serve o presente relatório para descrever sumariamente as diferentes atividades desenvolvidas em cada estágio parcelar, abordar algumas atividades extracurriculares importantes na minha formação profissional e pessoal ao longo destes seis anos, tecer uma reflexão crítica do Estágio Profissionalizante e do meu percurso académico, terminado com a apresentação de informação complementar nos anexos.

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

CIRURGIA GERAL

O Estágio Parcelar de Cirurgia Geral decorreu no Hospital Beatriz Ângelo (HBA) durante oito semanas, sob a tutela do Dr. Diogo Albergaria. Acompanhei a equipa do meu tutor durante seis semanas, sendo que, as restantes duas semanas foram dedicadas ao estágio opcional na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Defini como objetivos: (1) Identificar as principais patologias cirúrgicas, a sua abordagem e tratamento; (2) Participar em cirurgias, dominando técnicas de assepsia e de pequena cirurgia.

No âmbito da Cirurgia Geral o estágio centrou-se no Bloco Operatório e no Serviço de Urgência (SU). Assim, assisti a vários procedimentos cirúrgicos, sobretudo de patologia colorretal, tendo a oportunidade de participar em nove, sete dos quais em regime de pequena cirurgia. Na enfermaria acompanhei a visita médica, integrando as rotinas de avaliação de um doente cirúrgico em contextos pré e pós-operatórios e discutindo ativamente o plano individualizado do

doente. Tive ainda oportunidade de assistir a uma sessão clínica e contactar com o programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Na consulta externa pude observar momentos de primeira consulta e também consultas pré e pós-operatórias, acompanhando alguns doentes à sala de tratamentos. Na UCI acompanhei a atividade de vários Internos de Formação Específica (IFE), contactando com patologias graves que exigem rápida intervenção médica e prestação de cuidados diferenciados. Assim, pude consolidar conhecimentos sobre a abordagem à via aérea, administração de fármacos em perfusão e manipulação de cateter de PiCCO.

Para além da atividade clínica no HBA, tive a oportunidade de participar no curso de Trauma Evaluation and Management (TEAM), sobre a abordagem ao doente politraumatizado, numa sessão de simulação no Hospital da Luz, onde pude praticar técnicas de sutura, abordagem à via aérea e colocação ecoguiada de acessos centrais, e no Mini-Congresso de Cirurgia no qual apresentei, conjuntamente com colegas, um trabalho sobre “Abordagem cirúrgica a nódulos não funcionantes da suprarrenal: a propósito de um caso clínico”.

MEDICINA INTERNA

O Estágio Parcelar de Medicina Interna decorreu no Hospital de Egas Moniz (HEM) - Serviço de Medicina 2 durante oito semanas sob a tutela da Dra. Judite Henriques. Defini como objetivos principais: (1) Avaliação dos doentes de forma autónoma, nomeadamente no que concerne a colheita de anamnese, realização de exame objetivo e redação de diários clínicos; (2) Observação e realização de técnicas e procedimentos; (3) Requisição e interpretação de EMCDTs (Exames e Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica), participando na decisão terapêutica.

A minha atividade neste estágio foi desenvolvida sobretudo em contexto de enfermaria. Todos os dias ficava responsável por um ou dois doentes, realizando de forma progressivamente autónoma a colheita da anamnese, realização de exame objetivo (EO), redação de diários clínicos, interpretação e requisição de EMCDTs e ajustes e alterações na terapêutica. Pude ainda observar alguns procedimentos como colocação de cateter venoso central (CVC) e realizar outros como gasimetrias arteriais. Os doentes eram discutidos com a tutora no final da manhã, sendo à terça-feira também discutidos em reunião de serviço, apresentando os doentes pelos quais era responsável nesse dia. À quarta-feira acompanhava a Dra. Judite na Consulta Externa onde foi possível praticar a realização do EO, interpretação de EMCDTs, discussão de propostas terapêuticas e referenciação com prescrição para o hospital de dia. Normalmente, uma vez por semana, acompanhava os Internos de Formação Geral (IFG) e IFE, pertencentes à equipa da Dra. Judite, ao SU do Hospital São Francisco Xavier (HSFX). Aí pude contactar com uma grande diversidade de patologia aguda, participando na abordagem e gestão do doente.

Para além disso, assisti a sessões clínicas de revisões sistemáticas e discussão de casos clínicos e, conjuntamente com duas colegas, apresentei um trabalho sobre “Síndromes Paraneoplásicas”.

SAÚDE MENTAL

O Estágio Parcelar de Saúde Mental decorreu no Hospital Dona Estefânia (HDE) no Internamento de Pedopsiquiatria, sob a tutela da Dra. Sandra Pires com duração de quatro semanas. Escolhi esta unidade pelo meu interesse e curiosidade com a especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Defini como objetivos: (1) Identificar a sintomatologia das perturbações psiquiátricas mais prevalentes e diferenciá-las do desenvolvimento psicomotor normal.

A atividade clínica incidiu principalmente no Internamento. Participei nas reuniões de serviço que decorriam no final da manhã e acompanhei reuniões familiares onde se discutia a evolução dos jovens no internamento. Integrei as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas, pela Psicomotricista e pela Terapeuta Ocupacional, sendo que, às segundas-feiras realiza-se a atividade de “Expressão Dramática”, às terças-feiras “Dança e Movimento”, às quartas-feiras a “Terapia pela Arte”, às quintas-feiras “Culinária” e “Psicoeducação” e às sextas-feiras “Cineterapia e Balanço da Semana”. Assisti a consultas de ligação cujo objetivo é facultar apoio pedopsiquiátrico às restantes especialidades do HDE. A integração da equipa de urgência, permitiu-me contactar com a apresentação inaugural ou descompensações de algumas patologias psiquiátricas da infância e adolescência, bem como a respetiva conduta terapêutica em contexto agudo. Tive ainda a oportunidade de acompanhar a Dra. Sandra à Consulta Externa. Para além disso assisti à sessão clínica sobre “Desafios da Prevenção e Controlo de Infecção na área da Pedopsiquiatria” e à Reunião Multidisciplinar de Comportamento Alimentar.

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

O Estágio Parcelar de Medicina Geral e Familiar (MGF) decorreu na USF Lusa, sob a tutela do Dr. Valter Moreira com duração de quatro semanas. Defini como objetivos: (1) Identificar e compreender os recursos existentes nos Cuidados de Saúde Primários; (2) Familiarização com as ferramentas e plataformas utilizadas, nomeadamente, o SClínico e o método de registo SOAP; (3) Comunicar adequadamente e de forma personalizada com cada tipo de utente; (4) Adquirir autonomia crescente na realização de consultas.

Ao longo deste mês observei e participei em diversas consultas, nomeadamente, Saúde do Adulto, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Doença Aguda. Tive a oportunidade de realizar algumas consultas com autonomia parcial, principalmente de Doença Aguda e Saúde do Adulto, colocando conhecimentos teóricos e competências clínicas em prática, possibilitando-me aplicar um raciocínio crítico, aprimorar as técnicas de entrevista clínica e, paralelamente, ganhar, de forma gradual, confiança na tomada de decisões. Foi, indubitavelmente, um dos estágios mais enriquecedores do 6º ano.

PEDIATRIA

O Estágio Parcelar de Pediatria decorreu no Hospital Dona Estefânia (HDE) na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN), sob a tutela da Dra. Rute Neves com duração de quatro semanas. Defini como objetivos: (1) Identificar as principais patologias pediátricas, bem como a sua abordagem; (2) Adquirir competências comunicativas e humanísticas em relação à criança e à sua família/cuidadores.

Este estágio possibilitou-me observar crianças em diferentes contextos, nomeadamente de doença aguda, no serviço de urgência, e, principalmente, o acompanhamento de patologia crónica, na UCERN. Na Enfermaria, todos os dias ficava responsável por um doente, pela redação do diário clínico e pela sua apresentação na reunião de serviço. Considero que a autonomia e a boa integração na equipa foram essenciais para a aquisição e cimentação de conhecimentos e competências. Para além disso, acompanhei a Dra. Rute duas vezes ao SU, contactando com a vertente aguda da patologia pediátrica mais comum, primando pelo raciocínio clínico estruturado de acordo com as prioridades, revendo a sua abordagem e terapêutica. Pude ainda assistir a quatro sessões clínicas, a uma sessão teórico-prática de Imunoalergologia sobre “Anafilaxia”, leccionada pela Dra. Paula Leiria Pinto. No dia dezanove de abril de 2024 apresentei, conjuntamente com três colegas, um seminário sobre “Enterocolite Necrotizante”, baseado num caso clínico com o qual contactamos durante o estágio.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O Estágio Parcelar de Ginecologia e Obstetrícia decorreu no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) sob a orientação da Dra. Elsa Landim com duração de quatro semanas. Defini como objetivos: (1) Identificar as patologias mais frequentes em Ginecologia e Obstetrícia, reconhecendo sinais de alerta, critérios de gravidade e situações de urgência; (2) Realizar de forma autónoma e metódica a colheita da anamnese e o exame objetivo nas diferentes fases de vida da mulher; (3) Assistir e familiarizar-me com técnicas de cirurgia e técnicas de ambulatório.

No primeiro dia de estágio a Dra. Elsa Landim distribuiu os alunos de forma que todos pudessemos passar pelo maior número de valências. Nas primeiras duas semanas integrei a equipa de Ginecologia. Na Consulta Externa pude assistir à Consulta de Planeamento Familiar e à Consulta de Ginecológica Oncológica. Assim, pude realizar exame objetivo ginecológico (exame ao espéculo e palpação bimanual) e remoção de um Sistema Intra-Uterino (SIU), bem como o rastreio do cancro do colo do útero através da colpocitologia. Nas técnicas de diagnóstico e tratamento observei Colposcopias e Ecografia Ginecológica. No Bloco Operatório tive a oportunidade de observar e participar em alguns procedimentos cirúrgicos. Nas duas últimas semanas integrei a equipa de Obstetrícia. Na Consulta Externa pude assistir a Consultas de Referenciação, Rastreio do 1º trimestre, Doenças Autoimunes e Endocrinologia. Desta forma, pude realizar exame objetivo da grávida, auscultação do foco fetal e colheita de exsudados vaginal e retal para o rastreio de *Streptococcus* do grupo B. Na Enfermaria pude observar e

realizar a avaliação de grávidas e de puérperas, nomeadamente, exame objetivo, de forma a perceber as perdas hemática e palpar o útero, inspeção e palpação mamária. No momento da alta a equipa responsável advertia sempre para fatores de alarme que motivam a ida ao SU, medidas de higiene pós-parto e contraceção. No âmbito da Ecografia Obstétrica pude observar, maioritariamente, ecografias de 3º trimestre. O SU/Bloco de Partos foi, certamente, a maior fonte de aquisição de conhecimento e competências práticas, pela vasta patologia aguda que as doentes apresentam, aplicando uma abordagem direcionada e sistematizada. Ainda no bloco de partos tive o privilégio de participei em alguns.

No dia trinta de abril de 2024 decorreu, no Edifício Escolar do Hospital de São Francisco de Xavier, o Workshop “The Woman” tendo sido abordados os seguintes temas: planeamento familiar, hemorragia uterina anómala, vulvovaginites, prevenção primária e secundária da saúde da mulher, uroginecologia, avaliação pré-concepcional e pré-natal, hemorragias do 1º trimestre, vigilância da gravidez de baixo e alto risco e trabalho de parto.

ELEMENTOS VALORATIVOS

O meu sonho profissional sempre foi Medicina, mas outras paixões foram surgindo pelo caminho e apesar da exigência do curso, “Quem só de Medicina sabe, nem de Medicina sabe” (Abel Salazar). Assim, procurei sempre manter e desenvolver atividades extracurriculares do meu interesse, que me permitiram crescer enquanto pessoa e, paralelamente, estimularam o meu conhecimento científico.

Ao longo do 6º ano, de forma a complementar os objetivos definidos, participei em vários congressos, nomeadamente, o Congresso Nacional de Cirurgia no Hospital da Luz, que decorreu nos dias 23/2/2024 e 24/2/2024 e o iMed, que decorreu entre os dias 19/11/2023 e 22/11/2023. No iMed pude não só assistir a palestras como também participar em Workshops: “Wired Vascular”, praticando anastomoses vasculares em modelos sintéticos e técnicas endovasculares, e “The Scoliosis Surgery Experience”, praticando também em modelos sintéticos técnicas cirúrgicas no tratamento da escoliose. No ano anterior, em 2022, já tinha também participado no iMed, que decorreu entre os dias 12/11/2022 e 16/11/2022, assistindo a palestras e participando nos Workshops de “ABC do Trauma”, aplicando o ABCDE em politrauma, e “Athelete´s Full Scan”, abordando as lesões musculoesqueléticas mais comuns no desporto.

Para além disso, ao longo de todo o curso assisti a vários congressos e palestras. Destaco as Jornadas de Medicina Desportiva, que decorreram nos dias 7/5/2021 e 8/5/2021, na Covilhã. Aliada à minha notória paixão pelo desporto, integrei, em representação da faculdade, a equipa de voleibol da NMS, durante os três primeiros anos do MIM e, concomitantemente mantive a prática federada.

No Verão de 2019 acompanhei a atividade clínica da Dra. Ana Rodrigues, na Unidade Local de Saúde do Nordeste – Hospital de Bragança, durante duas semanas, no serviço de Cirurgia Geral,

onde pude praticar sobretudo técnicas de suturas no SU. No 3º ano, em 2021, integrei a Associação de Estudantes da NMS (AENMS) como colaboradora do Recreativo. No 5º ano realizei um programa de mobilidade Erasmus+, com duração de seis meses, na Universidad de Zaragoza.

REFLEXÃO CRÍTICA

Findados os seis anos do MIM, este relatório materializa-se numa oportunidade de realizar uma análise retrospectiva não só deste ano, mas também de toda a minha evolução pessoal e profissional ao longo do percurso académico. A entrada no curso de Medicina foi, sem dúvida, uma experiência avassaladora e o mergulhar num novo mundo de raciocínio e terminologia que não detinha no Ensino Secundário. Os dois primeiros anos desempenharam um papel fundamental na aquisição de conhecimentos basilares à prática clínica. No 3º ano do MIM iniciei os estágios, sendo, sem dúvida alguma, um dos anos em que mais conhecimentos e mais competências clínicas adquiri, certamente pela longa duração dos estágios. O 4º e o 5º anos foram desafiantes e, simultaneamente, aliciantes pelo vasto número de especialidades pelas quais tive a oportunidade de passar. Considero que estes dois anos foram de extrema importância para perceber quais as especialidades de que gosto e, assim, discernir quais considero enveredar no futuro. O 6º ano e, em particular o Estágio Profissionalizante, permitiu-me aplicar a constante e contínua aprendizagem ao longo do curso na prática clínica de uma forma progressivamente autónoma, primando sempre por um raciocínio clínico holístico e individualizado. Saliento ainda que ao longo deste ano fui adquirindo confiança e segurança crescentes nas minhas competências clínicas, fruto da autonomia parcial fornecida pelos tutores ao longo dos estágios. Assim, reconheço o papel imperioso que o Estágio Profissionalizante assume na transição da formação pré-graduada para a pós-graduada.

Iniciei o 6º ano com o estágio de Cirurgia Geral onde começo por destacar a integração por parte do Dr. Diogo Albergaria em todas as suas atividades diárias e da sua equipa, possibilitando o acompanhamento do doente cirúrgico em, praticamente, todas as valências. Grande parte da atividade desenvolvida neste estágio decorreu no Bloco Operatório e no SU. A oportunidade de participar como ajudante em algumas cirurgias foram dos momentos mais enriquecedores deste estágio dado que pude treinar técnicas de assepsia, integrar uma equipa cirúrgica e familiarizar-me com terminologia, instrumentos e técnicas cirúrgicas. O estágio opcional na UCI foi um bom complemento pelo contacto com doentes complexos com inúmeras comorbilidades, acompanhando muitas vezes doentes no pós-operatório de intervenções cirúrgicas. Por outro lado, o curso TEAM e a sessão de simulação no Hospital da Luz foram uma mais-valia, capacitando-me para um melhor desempenho no estágio e, certamente, enquanto futura médica.

No estágio de Medicina Interna destaco a autonomia que me foi concebida de forma gradual e de acordo com as minhas capacidades permitindo-me desenvolver uma atividade clínica

bastante similar à que se pretende no Internato de Formação Geral. Este estágio centrou-se sobretudo na Enfermaria onde acompanhei o internamento de vários doentes. Isto permitiu-me uma evolução exponencial em termos de conhecimentos práticos e competências humanísticas. Com a atribuição de tarefas que, progressivamente, exigiam maior responsabilidade, adquiri confiança crescente e melhorei as minhas capacidades de comunicação e trabalho em equipa. Outro dos aspetos mais positivos deste estágio foi a possibilidade de frequentar a Consulta Externa, por considerar essencial o seguimento dos doentes após a resolução dos seus quadros agudos pela especialidade “mãe” de todas as outras especialidades médicas. A frequência do SU constitui uma oportunidade pedagógica fundamental na abordagem de patologia na vertente aguda e no desenvolvimento de um raciocínio clínico rápido e sistematizado.

O estágio de Saúde Mental foi dos que mais ansiava este ano pela possibilidade de estagiar em Psiquiatria da Infância e Adolescência. A integração de toda a equipa nas atividades desenvolvidas permitiu a rápida e ativa inserção no quotidiano do Internamento. Ao longo das reuniões familiares e das reuniões de serviço pude perceber como a abordagem multidisciplinar enquadrada no contexto familiar e social, bem como o estabelecimento de uma boa relação médico-doente, influenciam a adesão e o sucesso da terapêutica. Saliento como ponto mais positivo deste estágio a oportunidade de participar na dinamização das atividades terapêuticas desenvolvidas, onde contactei de perto com todas as crianças e adolescentes, falei com elas, ouvi-as e pude percebê-las melhor. A passagem pelo SU consistiu também num momento de grande aprendizagem pelo contacto com episódios de doença inaugural ou agudizada e pela consciencialização do impacto que a patologia pedopsiquiátrica tem na vida das crianças e das suas famílias. Gostaria de destacar e enaltecer ambas as especialidades, Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência, pelo papel ativo em combater e desconstruir o estigma que, infelizmente, ainda se associa à Doença Mental.

O estágio de Medicina Geral e Familiar foi, sem dúvida, dos estágios mais proveitosos do 6º ano. Um dos pontos mais positivos foi a oportunidade de realizar várias consultas em regime de autonomia parcial, destacando toda a disponibilidade e confiança do Dr. Valter, principalmente em momentos de maior insegurança. Ao fim destas quatro semanas percebi o papel fulcral do Médico de Família em diferentes áreas de atuação, desempenhando um papel basilar na prevenção e no controlo de fatores de risco da população. Ressalvo ainda o acompanhamento longitudinal do utente, já que o Médico de Família, idealmente, acompanha o doente e a sua família ao longo de praticamente toda a sua vida.

O estágio de Pediatria decorreu sobretudo na Enfermaria da UCERN, conseguindo alargar os meus conhecimentos relativamente à abordagem de doentes pediátricos com patologias crónicas e raras. Destaco a oportunidade de participar na gestão da criança internada bem como a integração nas reuniões de serviço que contribuíram para uma melhor comunicação com os outros profissionais. Um dos pontos mais positivo deste estágio foi a frequência no SU onde contactei com a vertente aguda da patologia pediátrica mais comum, revendo a sua abordagem

e terapêutica. Por outro lado, considero que, para alunos de 6º ano, ainda numa fase embrionária da formação médica, seria mais proveitoso integrarem a especialidade de Pediatria em áreas com patologias pediátricas mais comuns e não em subespecialidades como acontece no HDE.

No estágio de Ginecologia a diversidade de áreas com as quais pude contactar deu-me a oportunidade de conhecer diferentes valências. A abrangência da especialidade é notória pela observação da abordagem à mulher nas diferentes fases do seu ciclo reprodutivo, desde a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de patologias do sistema reprodutor feminino, bem como o acompanhamento pré-concepcional, durante a gestação, no parto e pós-parto. Se por um lado não ter um tutor tem os seus pontos negativos no que concerne a cimentação da relação tutor-aluno, creio que também tem os seus pontos positivos, particularmente, ter diferentes perspetivas e abordagens da especialidade e das patologias nela inseridas. Não podia deixar de agradecer à Dra. Sara Nascimento por toda a disponibilidade, ensinamentos e por me ter dado uma nova visão da especialidade com a qual me identifico.

As atividades extracurriculares desenvolvidas ao longo destes 6 anos contribuíram em muito no meu crescimento pessoal e profissional. A participação em congressos, palestras, workshops e estágios complementares possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e aperfeiçoamento de gestos técnicos, estimulando sempre o interesse pela ciência e por fazer mais e melhor. A integração na equipa de voleibol da faculdade capacitou-me de estratégias de gestão de tempo e de ansiedade, permitindo-me desenvolver trabalho de equipa e espírito de companheirismo. Por último, não podia deixar de enaltecer o impacto da experiência na Universidad de Zaragoza, no âmbito do programa Erasmus+, e de todo o seu contributo no meu percurso pessoal e académico. Tive a oportunidade de estagiar em diferentes especialidades, nomeadamente, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Pediatria, no Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria, no Hospital Universitario Miguel Servet, e ainda Medicina Geral e Familiar no Centro de Salud La Jota. Ao longo destes seis meses confrontei-me com outra realidade, outra língua e uma nova visão de trabalho da profissão médica. Foi uma das experiências mais desafiantes e enriquecedoras destes seis anos.

Por último, termino o Estágio Profissionalizante, o 6º ano e o curso confiante de que atingi todos os objetivos a que me propus. Cumprida a primeira parte de um sonho que cresceu comigo, sei que falta ainda muito para me tornar a profissional que quero ser, mas nunca irei subtrair nada ao tanto que este curso e esta casa adicionou à minha vida. Levo eternamente comigo todos os momentos e pessoas que fizeram parte desta caminhada. Como diria o grande poeta Fernando Pessoa, pela voz do seu heterónimo Ricardo Reis: “Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alto vive”.

GLOSSÁRIO

ACM: Artéria Cerebral Média
AENMS: Associação de Estudantes da Universidade NOVA Medical School
APTT: Ameaça de Parto Pré-termo
AVC: Acidente Vascular Cerebral
CALs: Comportamentos autolesivos
CVC: Cateter Venoso Central
DRC: Doença Renal Crónica
EDA: Endoscopia Digestiva Alta
ERAS: Enhanced Recovery After Surgery
EMCDTs: Exames e Métodos Complementares de Diagnóstico de Terapêutica
EO: exame objetivo
HTA: Hipertensão Arterial
IC: Insuficiência Cardíaca
IFE: Internos de Formação Específica
IFG: Internos de Formação Geral
IMV: Ingestão Medicamentosa Voluntária
ITP: Indução do trabalho de parto
ITU: Infecção do trato urinário
HBA: Hospital Beatriz Ângelo
HDE: Hospital Dona Estefânia
HEM: Hospital de Egas Moniz
HFF: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
HSFX: Hospital São Francisco Xavier
MGF: Medicina Geral e Familiar
MIM: Mestrado Integrado em Medicina
NMS: NOVA Medical School
PAC: Pneumonia Adquirida na Comunidade
PHDA: Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
POC: Perturbação Obsessivo Compulsiva
RPM: Rutura prematura de membranas
TEAM: Trauma Evaluation and Management
SIU: Sistema Intra-Uterino
SU: Serviço de Urgência
UC: Unidade Curricular
UCERN: Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais
UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

ANEXOS

Anexo 1 – Atividades do Estágio Profissionalizante

Tabela 1.1. Cronograma do Estágio Profissionalizante

Estágio Parcelar	Regente	Período de Estágio	Local de Estágio	Tutor/a
Cirurgia Geral	Prof. Dr. Rui Maio	11 de setembro a 3 de novembro de 2023	Hospital Beatriz Ângelo	Dr. Diogo Albergaria
Medicina Interna	Prof. Dr. António Mario Santos	6 de novembro de 2023 a 12 de janeiro de 2024	Hospital de Egas Moniz - Serviço de Medicina Interna 2	Dra. Judite Henriques
Saúde Mental	Prof. Dr. António Miguel Talina	22 de janeiro a 16 de fevereiro de 2024	Hospital Dona Estefânia	Dra. Sandra Pires
Medicina Geral e Familiar	Prof. Dr. Daniel Pinto	19 de fevereiro a 15 de março de 2024	USF Lusa	Dr. Valter Moreira
Pediatria	Prof. Dr. Luís Varandas	18 de março a 19 de abril de 2024	Hospital Dona Estefânia	Dra. Rute Neves
Ginecologia e Obstetrícia	Prof. Dra. Teresinha Simões	22 de abril a 17 de maio de 2024	Hospital Fernando Fonseca	Dra. Elsa Landim

Anexo 2 – Trabalhos Desenvolvidos no Estágio Profissionalizante

Tabela 2.1. Trabalhos realizados durante o Estágio Profissionalizante

Estágio Parcelar	Título do Trabalho	Co-autores
Cirurgia Geral	<i>Abordagem cirúrgica a nódulos não funcionantes da suprarrenal: a propósito de um caso clínico</i>	Mariana Branco Ricardo Ribeiro Vera Alvim
Medicina Interna	<i>Síndromes Paraneoplásicas</i>	Ana Raquel Barata Beatriz Santos
Medicina Geral e Familiar	<i>Apresentação de Caso Clínico</i>	N.A.
Pediatria	<i>Enterocolite Necrotizante</i>	Ana Margarida Oliveira António Malcata João Mangerona

2.2. Apresentação de Cirurgia Geral – “Abordagem cirúrgica a nódulos não funcionantes da suprarrenal: a propósito de um caso clínico”

ABORDAGEM CIRÚRGICA A NÓDULOS NÃO FUNCIONANTES DA SUPRARRENAL

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mestrado Integrado em Medicina | 6º ano
U.C. Cirurgia Geral | Hospital Beatriz Ângelo
Regente: Prof. Doutor Rui Maio
Tutores Responsáveis: Dra. Mafalda Sousa Fernandes e Dr. Diogo Albergaria

Ana Rita Abreu (A2018213) | Mariana Branco (A2018379) | Ricardo Ribeiro (A2018452) | Vera Alvim (A2018454)

CONTEÚDOS

- 01 Apresentação do Caso Clínico
- 02 Incidentalomas da Suprarrenal
- 03 Diagnósticos Diferenciais
- 04 Particularidades da Abordagem Cirúrgica das SRs
- 05 Seguimento, Resultado Anatomia Patológica
- 06 Mielolipoma
- 07 Mensagens Finais

1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

♂, 48 anos

ANTECEDENTES PESSOAIS

- HTA;
- Gastrite por *Helicobacter Pylori* (tratada);
- Dislipidemia.

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS

- Excisão de pólipos anais.

MEDICAÇÃO HABITUAL

- Amlodipina 5mg;
- Atorvastatina 10mg.

Nega alergias.

1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Consulta CG 2021
Por nódulo da SR com 5x7cm em TC

TC AP agosto 2022
“Imagem sugestiva de angiolipioma avaliado suprarrenal direita com 9,7 x 6,5 x 7,3cm, de contornos relativamente regulares apresentando calcificações locorregionais à periferia.”

Figura 1: TC abdómen pélvica (corte axial), destacando o tumor da SR direita.

Figura 2: TC abdómen pélvica (corte coronal), destacando o tumor da SR direita.

2. INCIDENTALOMAS DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS

Lesão sólida
+
> 1cm de diâmetro
+
Descoberta ocasional em exame de imagem
(↑↑↑)

MAIOR PREVALÊNCIA EM DOENTES COM:

- Obesidade;
- Diabetes mellitus tipo 2;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia;
- Osteoporose.

2. INCIDENTALOMAS DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS

QUANDO É QUE SE TORNA RELEVANTE A ABORDAGEM CLÍNICA OU CIRÚRGICA DE UM INCIDENTALOMA DA SUPRARRENAL?

~15% SÃO NÓDULOS FUNCIONANTES

CARACTERÍSTICAS DE MALIGNIDADE

3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

É UM NÓDULO FUNCIONANTE?

NÓDULO NÃO FUNCIONANTE (~85%)

- Adenoma não funcionante – 75%
- Mielolipoma adrenal;
- Quisto adrenal;
- Carcinoma;
- Metástases;
- Ganglioneuroma adrenal;
- Hemangioma adrenal.

NÓDULO FUNCIONANTE (~15%)

- Adenoma produtor de cortisol;
- Adenoma produtor de aldosterona;
- Feocromocitoma;
- Carcinoma adrenocortical;
- Hiperplasia adrenal congénita.

3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

ALGORITMO DE ABORDAGEM GERAL DE INCIDENTALOMAS DAS SRs

Incidentaloma descoberto num exame de imagem TC/RMN

```

graph TD
    A[Incidentaloma descoberto num exame de imagem TC/RMN] --> B{Bastrear excesso hormonal}
    B --> C[Metadefina plasmática ou urinária (U 24h) elevadas em 2 ou 3]
    B --> D[Pressão elevada persiste (2 ou 3 dias consecutivos), sem tratamento]
    B --> E[Adeno aldosteronismo real (ou HTA), tomografia]
    B --> F[10 ou mais fragmentos de tecido em 24h]
    C --> G[+]
    D --> G[+]
    E --> G[+]
    F --> G[+]
    G --> H[Testes Confirmatórios]
    H --> I{+}
    I --> J[Suprarrenalectomia unilateral]
    I --> K[Seguimento conforme evolução]
    H --> L{-}
    L --> M[Repetir rastreio em 1A]
    M --> N{+}
    N --> J
    M --> O{-}
    O --> K
    J --> P[Seguimento conforme evolução]
    P --> Q{SEM imagemologia sugestiva de malignidade}
    Q --> R[Repetir rastreio em 1A]
    R --> S{+}
    S --> J
    R --> T{-}
    T --> K
    
```

3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

É UM NÓDULO COM CRITÉRIOS DE MALIGNIDADE?

TC Abdomino-Pélvica

Dimensões do nódulo, fenditpo da imagem, coeficiente de atenuação

NÓDULOS BENIGNOS

- Forma regular e homogênea;
- < 4cm, localização variável;
- Coeficiente de atenuação < 20HU;
- Wash out do contraste 15 min > 50%

NÓDULOS MALIGNOS

- Forma irregular e heterogênea;
- > 4cm, localização variável;
- Coeficiente de atenuação > 20HU;
- Wash out do contraste 15 min < 40%.

Bitter IV JS, Burt LM. Evaluation and management of adrenal incidentaloma. J Surg Oncol. 2012;106(5):557-64.
Hewitson F. Adrenalecctomy techniques up to date [Internet]. 2017-17. Disponível em: https://www.efta.org.uk/1166/content/adrenalecctomy-techniques-up-to-date_176742024

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

VOLTANDO AO CASO CLÍNICO... CUMPRE CRITÉRIOS PARA CIRURGIA?

Avaliação pela Endocrinologia

Análises Laboratoriais:

Cortisol 13,66 ug/dL | Aldosterona 8,39 ng/dL

Atividade da Renina 0,30 ng/mL/h

Metanefrinas totais 92 pg/mL

Metanefrina 28 pg/mL | Normetanefrina 64 pg/mL

Metanefrina urinária 9 ug/24h | Normetanefrina urinária 465,93 ug/24h

(Todos os parâmetros dentro da normalidade)

Sem evidência clínica ou laboratorial de Feocromocitoma ou Síndrome de Cushing, nem necessidade de realizar cintigrafia.

NÓDULO NÃO FUNCIONANTE.

SEM indicação cirúrgica do ponto de vista endocrinológico

Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D e Jannson J. Harrison's Principles of Internal Medicine (19th edition). McGraw-Hill.

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

VOLTANDO AO CASO CLÍNICO... CUMPRE CRITÉRIOS PARA CIRURGIA?

Avaliação pela CG

PROGRESSÃO DOS ACHADOS IMAGIOLÓGICOS

- Incidentaloma descoberto em 2021 com 5x7cm.
- TC 2022: "sugestiva de angiomiolipoma ovoidado suprarrenal direita com 9,7 x 6,5 x 7,3 cm de contornos relativamente regulares apresentando calcificações focais regionais à periferia."

CLINICAMENTE

- Assintomático.
- Exame Objctivo sem alterações.

RISCO DE MALIGNIDADE!

Indicação para SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL DIREITA

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

VOLTANDO AO CASO CLÍNICO... CUMPRE CRITÉRIOS PARA CIRURGIA?

COMPLICAÇÕES DE UM TUMOR DA SUPRARRENAL EM CRESCIMENTO

MAIOR RISCO DE MALIGNIDADE

COMPRESSÃO DE ÓRGÃOS ADJACENTES:

- Dor abdominal ou do flanco (ipsilateral);
- Obstipação, vômitos;
- Comprometimento da função do córtex adrenal (produção hormonal).

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

DIFERENÇAS ANATÔMICAS DAS GLÂNDULAS SUPRARRENAIS

ESPECIFICIDADES DA GLÂNDULA SUPRARRENAL DIREITA:

- Proximidade à VCI.
- Vela SR que drena diretamente na VCI.

Figura 3: Relações anatômicas das glândulas suprarrenais, in Zollinger's Atlas of Surgical Operations

E. Christopher Ellison, Robert M. Zollinger, Jr., Timothy M. Pawlik, Patrick S. Vaccaro, Maria Bruni, Anthony S. Baker, Zollinger's Atlas of Surgical Operations (7th edition). McGraw-Hill.
Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. (2017). Clinically oriented anatomy (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
Brunswick, F. et al. (2016) Schwartz's Principles of Surgery, 10th Edition, McGraw-Hill Education, New York.

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

QUAIS SÃO AS VIAS DE ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA UMA SUPRARRENALECTOMIA?

QUAL A VIA DE ABORDAGEM **GOLD STANDARD**?

RETROPERITONEAL VS TRANSABDOMINAL

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

VIAS DE ABORDAGEM CIRÚRGICA

Via Retroperitoneal

- Lombotomia
- CMi – Retroperitoneoscopia

Via Transabdominal - comum

- Laparotomia
- CMi - Laparoscopia

Via Transstórnica - raro

- Tumores de grandes dimensões com invasão diafragmática

RETROPERITONEOSCOPIA

AP de cirurgia abdominal extensa

Suprarrenalectomia bilateral

< mobilização de órgãos adjacentes

Seguro para lesões > 5-6cm

MINIMAMENTE INVASIVA

GOLD STANDARD

- Perdas sanguíneas ↓
- Dor ↓
- T internamento ↓
- Recuperação e mobilidade precoce

Experiência do Cirurgião

LAPAROSCOPIA TRANSABDOMINAL

Mais amplamente adotada

Tumores > 6cm

Doentes obesos

Permite realizar outras cirurgias abdominais

CMi = Cirurgia Minimamente Invasiva

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. (2017). Clinically oriented anatomy (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
Brunswick, F. et al. (2016) Schwartz's Principles of Surgery, 10th Edition, McGraw-Hill Education, New York.

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

SUPRARRENALECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

PROFILAXIA TROMBOEMBOLISMO VENOSO

PROFILAXIA ANTIEMÉTICA

PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

- Ampla exposição e visualização do campo operatório;
- Isolamento e controle das principais estruturas vasculares;
- Resseção precisa da glândula - técnica em bloc para evitar ruptura da cápsula glandular;
- Tumores > 10cm
- Falta de consenso sobre melhor técnica cirúrgica
- Maiores dificuldades técnicas e possíveis complicações.

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. (2017). Clinically oriented anatomy (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
Brunswick, F. et al. (2016) Schwartz's Principles of Surgery, 10th Edition, McGraw-Hill Education, New York.

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

SUPRARRENALECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL

O paciente é colocado em decúbito lateral esquerdo com angulação ente 30º e 60º.



Locais de colocação de portas:

- Técnica Fechada – Veress
- Técnica Aberta – Hasson

Figura 4: Posicionamento do doente

Neuralist U. Adrenalectomy techniques. UpToDate [Internet]. 2015-11. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/adrenalectomy-techniques?source=search_result. Acesso em: 10/05/2023.

Moore, K. S., Dalley, A. F., & Agur, A. (2012). *Clinically oriented anatomy* (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

Brunscar, F., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

SUPRARRENALECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL

Equipa Cirúrgica

Cirurgião Principal	Dr. José António Pereira
1º Cirurgião-Ajudante	Dra. Mónica Oliveira
2º Cirurgião-Ajudante	Dra. Mafalda Fernandes
Anestesiologista	Dra. Denise de Noronha
Enf. Instrumentista	Enf. Rita Martins
Enf. De Anestesia	Enf. Vanessa Menino
Enf. Circulante	Enf. Luis Pires



Figura 5: Vista cirúrgica após inserção dos trocáres



Video 1: Abertura do ligamento trianglar direito



Figura 6: Mobilização medial do fígado



Video 2: Abertura da fascia de Gerota

Brunscar, F., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.

Bancos, I., & Pires, A. (2022). Approach to the Patient with Adrenal Incidentaloma. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 116(10), 3137–3151. <https://doi.org/10.1210/clinem.2022-0727>

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

SUPRARRENALECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL



Figura 7: Vista Cirúrgica (Figura 7: Glândula Suprarrenal direita)



Figura 8: Vista Cirúrgica Veia-Supra-renal



Video 3: Lesão da veia supra-renal, dissociação do tecido, por glandular e extensão em serra de cogito

4. PARTICULARIDADES DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SRS

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS	COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
Instabilidade hemodinâmica	Náuseas e vômitos
Conversão (de laparoscopia em laparotomia)	Infecção (da ferida cirúrgica, abscesso intra-abdominal)
Complicações hemorrágicas (proximidade a estruturas vasculares, maior envolvimento vascular, dimensões do tumor)	Eventos tromboembólicos
Perfuração do diafragma	Pneumoperitônio/Enfisema subcutâneo
Perfuração/Laceração de órgãos adjacentes (fígado, rim, baço, duodeno, pâncreas)	Pneumotórax/Edema pulmonar
	Insuficiência Adrenal (transitória)

Brunscar, F., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.

Bancos, I., & Pires, A. (2022). Approach to the Patient with Adrenal Incidentaloma. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 116(10), 3137–3151. <https://doi.org/10.1210/clinem.2022-0727>

5. SEGUIMENTO E RESULTADO ANATOMIA PATOLÓGICA

SEGUIMENTO	RESULTADO ANATOMIA PATOLÓGICA
1-2 dias de internamento	"Peça operatória de adrenalectomia direita com 160g e 100x70x50mm (L). Em secção corresponde a nódulo heterogêneo, amarelo acastanhado e de aspeto congestivo, com áreas calcificadas e revestido por parênquima suprarrenal com 80x65mm. Identifica-se ainda parênquima suprarrenal residual numa extensão de 20mm."
Analgesia (paracetamol + metemizol) e gelo local	Diagnóstico: Mielolipoma da Suprarrenal. A excisão foi completa.
Não efectuar esforços durante 1 mês	
Retirar pontos dentro de 7 dias no CS	
Consulta pós-operatória Cirurgia Geral (2 semanas após a cirurgia)	
Consulta Endocrinologia (2 semanas após a cirurgia)	

Pacheco, S. A., Vitoriano, A., & Ouzil, D. (2016). Adrenal incidentaloma: A guide to assessment, treatment and follow-up. In: *Maturum* (Vol. 92, pp. 79–85). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.maturum.2016.05.007>

6. MIELOLIPOMA

Tumor adrenocortical benigno, raro e não funcional

♀ = ♂ 40-60A

- +++ unilateral – com preferência para a glândula suprarrenal direita;
- Composição histológica:** tecido adiposo e elementos hematopoiéticos semelhantes aos da medula óssea;
- Patogénese:** metaplasia de células mesenquimais ou hipersecreção de ACTH;
- Sintomatologia:** maioria assintomático. **Sintomas por efeito de massa** (> 6cm): dor abdominal, dor nos flancos, dor no hipocóndrio e dispneia. **Outros:** febre, perda ponderal, virilização;
- Complicações life-threatening:** ruptura espontânea e hemorragia retroperitoneal;
- Tratamento cirúrgico:** considerado em doentes sintomáticos, com tumores > 6cm, evidência de hemorragia ou rápido crescimento;

BOM PROGNÓSTICO

Calisendoff, J., Jahnke, C., Sundin, A., Bancos, I., & Falhammar, H. (2021). Adrenal myelolipomas. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 9(1), 767–775. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30278-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30278-3)

6. MIELOLIPOMA

PARÂMETROS PATOLÓGICOS

Mielolipoma adrenal isolado	Mielolipoma adrenal com hemorragia aguda
- Padrão mais comum; - Assintomáticos; - Achados incidentais durante exame imagiológico realizado por outro motivo - incidentaloma.	- Hemorragia retroperitoneal; - Lesões com > 4cm isoladas e compostas predominantemente por gordura têm maior propensão para eventos hemorrágicos.
- Localizam-se fora da glândula suprarrenal, mais comumente no retroperitônio; - Geralmente sem hemorragia nem alterações hormonais.	Mielolipoma adrenal com doença adrenal associada
- Padrão menos comum; - Mielolipoma adrenal com alterações hormonais.	

Calisendoff, J., Jahnke, C., Sundin, A., Bancos, I., & Falhammar, H. (2021). Adrenal myelolipomas. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 9(1), 767–775. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30278-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30278-3)

Quarta Reguado, C. S., Duman-Majic, J. I., Gudeño-Viala, G. S., Vargas-Rodriguez, A. E., & González-Ledó, J. (2023). A Case Report and Literature Review of Adrenal Myelolipoma. *Cases*, 10(5), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.cases.2023.101205>

7. MENSAGENS FINAIS

IMPORTÂNCIA CLÍNICA DOS INCIDENTALOMAS	ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS SUPRARRENAIS
NÓDULOS FUNCIONANTES OU MALIGNOS TC + Doseamento hormonal – GOLD STANDARD DIAGNÓSTICO	FALTA DE CONSENSO: - Na melhor abordagem cirúrgica para tumores de grandes dimensões; - Cut-off de tamanho para via aberta vs via laparoscópica.
PARTICULARIDADES ANATÓMICAS DA SR DIREITA RISCO DE COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS	MIELOLIPOMA BOM PROGNÓSTICO Complicações life-threatening = EMERGENCIAS CIRÚRGICAS

Calisendoff, J., Jahnke, C., Sundin, A., Bancos, I., & Falhammar, H. (2021). Adrenal myelolipomas. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 9(1), 767–775. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30278-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30278-3)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brunscar, F., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Internal Medicine* (10th edition). McGraw-Hill.
- Moore, K. S., Dalley, A. F., & Agur, A. (2012). *Clinically oriented anatomy* (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Neuralist U. Adrenalectomy techniques. UpToDate [Internet]. 2015-11. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/adrenalectomy-techniques?source=search_result. Acesso em: 10/05/2023.
- Brunscar, F., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.
- Christopherson, R., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.
- Bittrich, R. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.
- Neuralist U. Adrenalectomy techniques. UpToDate [Internet]. 2015-11. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/adrenalectomy-techniques?source=search_result. Acesso em: 10/05/2023.
- Brunscar, F., et al. (2016). *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th Edition. McGraw-Hill Education, New York.
- Bancos, I., & Pires, A. (2022). Approach to the Patient with Adrenal Incidentaloma. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 116(10), 3137–3151. <https://doi.org/10.1210/clinem.2022-0727>
- Quarta Reguado, C. S., Duman-Majic, J. I., Gudeño-Viala, G. S., Vargas-Rodriguez, A. E., & González-Ledó, J. (2023). A Case Report and Literature Review of Adrenal Myelolipoma. *Cases*, 10(5), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.cases.2023.101205>
- Falhammar, H., et al. (2021). Adrenal myelolipomas. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 9(1), 767–775. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30278-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30278-3)
- Lee, J. M., Kim, M. K., et al. (2017). Clinical guidelines for the management of adrenal incidentaloma. *Endocrinology and Metabolism*, 32(1), 28–38. <https://doi.org/10.1507/EDM.16-020>
- Adachi, S., Naramura, S., et al. (2018). *Clinical Guidelines for the management of adrenal incidentaloma*. *Endocrinology and Metabolism*, 33(1), 28–38. <https://doi.org/10.1507/EDM.17-020>
- Wells, S. A., et al. (2018). *Clinical Guidelines for the management of adrenal incidentaloma*. *Endocrinology and Metabolism*, 33(1), 28–38. <https://doi.org/10.1507/EDM.17-020>
- Quarta Reguado, C. S., Duman-Majic, J. I., Gudeño-Viala, G. S., Vargas-Rodriguez, A. E., & González-Ledó, J. (2023). A Case Report and Literature Review of Adrenal Myelolipoma. *Cases*, 10(5), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.cases.2023.101205>

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

QUESTÕES?

2.3. Apresentação de Medicina Interna – “Síndromes Paraneoplásicas”




Síndromes Paraneoplásicas

Estágio Parcelar de Medicina Interna 2023/2024 | Hospital de Egas Moniz
Regente: Prof. Dr. António Mário Santos
Coordenadora: Dra. Isabel Madruga
Orientadores: Dr. João Pereira, Dra. Judite Henriques, Dra. Rita Reis
Ana Raquel Barata | 2018236
Ana Rita Abreu | 2018213
Beatriz Macedo Silva Santos | 2018237

Índice

1. Síndrome Paraneoplásica Introdução
2. Síndromes Paraneoplásicas:
 - Neurológicas
 - Neuromusculares
 - Endocrinológicas
 - Hematológicas
 - Dermatológicas
 - Reumatológicas
3. Take-Home Messages
4. Bibliografia

SÍNDROME PARANEOPLÁSICA

Síndrome **associada a neoplasia**, caracterizada por produção hormonal ectópica ou por resposta imunitária humoral ou celular estimulada pelo tumor em causa.

Deve-se **excluir**:

- Efeito de massa do tumor: primário ou secundário (metástases);
- Toxicidade farmacológica (por exemplo quimioterapia);
- Imunossupressão.

A síndrome acompanha o desenvolvimento da neoplasia:

Tratamento eficaz da neoplasia → diminuição da sintomatologia;
 Aumento da atividade neoplásica → exacerbação da sintomatologia.

SÍNDROME PARANEOPLÁSICA

Características mais comuns:

- Idosos;
- Fumadores;
- Astenia;
- Anorexia;
- Perda ponderal;
- Hipertermia;
- Risco trombose.

Tumores mais comuns:

Tumores Neuroendócrinos, nomeadamente, Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células (CPPC)

+ Frequentes:

Neurológicas
 Endócrinas
 Hematológicas

Neurológicas – Neuromusculares

- **Reação imunitária cruzada:** resposta imunitária dirigida a **antígenos onconeuronais**.
- **Carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC)** é a principal neoplasia associada.
- Presentes em até 50% dos doentes com **Tumores**.
- Síndromes, geralmente, agressivas e rapidamente progressivas.
- Podem manifestar-se previamente a neoplasia diagnosticada.

Neurológicas – Neuromusculares

Avaliação Inicial

Anamnese + Exame Objetivo + Punção Lombar (pleocitose, bandas oligoclonais, síntese de IgG, proteinorráquia) + Estudo eletrofisiológico + Exames de imagem/Neuroimagem + Pesquisa de anticorpos anti antígenos onconeuronais

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
2. Tratamento de suporte (corticoterapia, IVIG, plasmáfereze, ciclofosfamida ou rituximab na doença refratária) raramente eficaz.

Neurológicas – Neuromusculares

- **Excluídas outras causas** e na presença de um **quadro neurológico**, são **diagnósticos**:
- Presença de anticorpos característicos;
- Doente oncológico + Anticorpos/Resposta do quadro neurológico com o tratamento da neoplasia/Síndrome Neurológica Clássica.
- Uma Síndrome Neurológica Clássica obriga a investigação de neoplasia oculta.
- A ausência de anticorpos **não exclui o diagnóstico**.

Neurológicas

1. Encefalomielite
2. Encefalite límbica
3. Degenerescência cerebelar paraneoplásica
4. Síndrome de opsoclonia-miclonia
5. Neuropatia sensitiva subaguda

Encefalomielite

- CPPEC e teratoma do ovário (encefalite anti-NMDA);
- Neoplasia da mama e do próstata, linfoma Hodgkin e timoma.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Reação imunológica contra antígenos neuronais (por exemplo: antígenos Hu, receptores NMDA).	Lesão neuronal mediada pela invasão de células T citotóxicas	- Encefalite: → Défices cognitivos; → Convulsões; → Discinesias. - Mielite: → ≠ padrões de paresia e hipoestesia; → Instabilidade autonômica;

Encefalomielite

Diagnóstico

1. Eletroencefalografia - atividade lenta e desorganizada; ondas δ em formato de escova (< 30%);
2. Pesquisa de anticorpos - anti-Hu (anticorpos antineuronais tipo 1 (ANNA-1)); anticorpos IgG contra a subunidade GluN1 do receptor NMDA.

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente; +/-
2. Imunoterapia - o início precoce da terapêutica imunomoduladora está associada a melhores outcomes.
 - o IVIG e plasmáfereze ineficazes

Encefalite Límbica

- CPPEC ++;
- Neoplasia da mama e testículo.

Etiologia	Clinica
Reação autoimune - anticorpos contra antígenos expressos no sistema límbico (anti-Hu, anti-Ma2).	→ Deterioração cognitiva; → Compromisso da memória recente; → Convulsões; → Confusão; → Sintomas psiquiátricos (depressão, alucinações e ansiedade).

Encefalite Límbica

1. RM - hiperintensidade do lobo temporal medial uni ou bilateral;
2. Eletroencefalografia - focos de atividade epiléptica em um ou ambos os lobos temporais ou atividade lenta focal/generalizada;
3. Pesquisa de anticorpos - anti-Hu, anti-Ma2

Fig. 1 RM de doente com encefalite límbica

Encefalite Límbica

Diagnóstico

1. RM - hiperintensidade do lobo temporal medial uni ou bilateral;
2. Eletroencefalografia - focos de atividade epiléptica em um ou ambos os lobos temporais ou atividade lenta focal/generalizada;
3. Pesquisa de anticorpos - anti-Hu, anti-Ma2

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente; +/-
2. Altas doses de Corticosteróide / Plasmaférese / IVIG / Azitromicina / Rituximab

Degenerescência cerebelar

- Anticorpos anti-Yo: Neoplasia da mama, ovário e endométrio;
- Anticorpos anti-Hu: CPPEC;
- Anticorpos anti-Tr: linfoma Hodgkin.

Etiologia	Clinica
Reação imunológica contra antígenos presentes no cerebelo	→ Tonturas, náuseas e vômitos; → Ataxia; → Vertigem; → Nistagma; → Diplopia; → Dismetria; → Disartria.

Degenerescência cerebelar

Diagnóstico

1. Exames laboratoriais: função tireoideia, vitaminas, serologia HIV, ...
2. RM com contraste $\Rightarrow$ atrofia cerebelar difusa; realce do contraste na folia cerebelar (fase aguda);
3. Pesquisa de anticorpos - anti-Yo, anti-Hu, anti-Tr, anti-Ri.

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente; +/-
2. Ciclofosfamida

Síndrome de opsoclonia-mioclonia

- CPPEC (adulto);
- Neuroblastoma (50% das crianças com este síndrome);
- Neoplasia da mama e do ovário.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Reação imunológica contra antígenos onconeuronais (anticorpos anti-Ri - neoplasia da mama).	Desinibição do núcleo fastigial do cerebelo.	→ Opsoclonia (movimentos rápidos, multidirecionais e involuntários dos olhos); → Mioclonia; → Tremor; → Hipotonia; → Ataxia; → Irritabilidade; → Distúrbios do sono.

Síndrome de opsoclonia-mioclonia



Diagnóstico

1. RM - normal na fase aguda, atrofia cerebral e perda de volume cortical a longo prazo;
2. Exames laboratoriais e revisão da medicação - exclusão de encefalopatia tóxica-metabólica;
3. Pesquisa de anticorpos - anti-Ri;
4. Avaliação para neuroblastoma (crianças).

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
+/-
2. Terapêutica imunomoduladora (+ crianças):
o Glucocorticóides / Ciclofosfamida / Rituximab / IVIG;
3. Clonazepam? / Topiramato?.

Neuropatia sensitiva subaguda



- CPPC (60% dos doentes com neuropatia sensitiva subaguda);
- Neoplasia da mama, da próstata e do cólon, linfoma e sarcoma uterino.

Etiologia	Clinica
Reação imunológica (por exemplo autoanticorpos anti-Hu) contra antígenos intracelulares presentes nas células ganglionares sensoriais primárias da raiz dorsal.	→ Perda de sensação vibratória e propriocepção; → Parestesias e disestesias dolorosas; → Comprometimento das sensações algica e térmica; → Ataxia sensorial.

Neuropatia sensitiva subaguda



Diagnóstico

1. Exame histológico dos gânglios da raiz dorsal - infiltrado de células mononucleares, degenerescência neuronal e proliferação de células satélite;
2. Pesquisa de anticorpos - anti-Hu

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
+/-
2. IVIG + Ciclofosfamida + Metilprednisolona?

Neuromusculares



1. Síndrome de Lambert-Eaton
2. Miastenia Gravis
3. Poli e Dermatomiosite
4. Síndrome de Stiff-Person

Síndrome de Eaton-Lambert (LEMS)



- CPPC (% dos doentes com LEMS)

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Autoanticorpos (anti-VGCC) contra canais de cálcio dependentes de voltagem pré-sinápticos.	1. ↓ influxo de cálcio; 2. ↓ fusão de vesículas pré-sinápticas; 3. ↓ acetilcolina na fenda sináptica.	→ Fraqueza muscular proximal; → Síndr. de Lambert; → Reflexos ausentes/↓; → Sintomas autonómicos (xerostomia, obstipação, disfunção erétil).

Síndrome de Eaton-Lambert (LEMS)



Diagnóstico

1. EMG - aumento da resposta com a estimulação nervosa repetitiva;
2. Autoanticorpos anti-VGCC ou anti- α 5 β 1 ⇒ teste confirmatório;
3. TC tórax, PET-FDG - screening torácico periódico durante pelo menos 2 anos.

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
2. Amifampridina:
o 1ª linha;
o Melhoria da transmissão neuromuscular por $[Ca^{2+}]$ pré-sinápticos.

Miastenia Gravis



- Timoma (10-15% dos doentes com Miastenia Gravis)

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Autoanticorpos contra os receptores nicotínicos de acetilcolina (AChR) da placa neuromuscular.	1. Células mióides do timo expressam receptores de acetilcolina; 2. Autorreatividade por células T; 3. Produção de anticorpos contra AChR.	• Fraqueza muscular proximal (piora com a atividade e melhora com o repouso); • Ptose, diplopia e visão turva; • Disfagia e disfagia; • Dispneia e insuficiência respiratória.

Miastenia Gravis



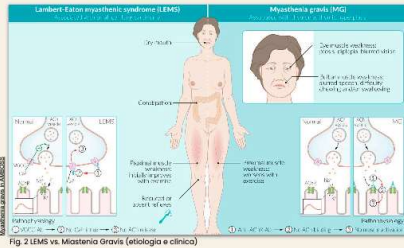
Diagnóstico

1. Pesquisa de anticorpos anti-AChR ⇒ se negativo, pesquisa de anticorpos anti-MUSK;
2. EMG - resposta decrescente à estimulação nervosa repetitiva;
3. TC tórax;
4. Teste de anticolinesterase.

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
2. Tratamento cirúrgico: timectomia;
3. Tratamento médico:
o Piridostigmina (1ª linha, inibidor da acetilcolinesterase);
o Imunosuppressores (2ª linha, glucocorticóides, azatioprina).

LEMS vs. Miastenia Gravis



Poli e Dermatomiostite

→ Neoplasias do ovário, do colo do útero, do pulmão (adenocarcinoma), do pâncreas, do estômago e da bexiga.

Polimiosite

Citotoxicidade mediada por células contra antígenos musculares esqueléticos não identificados. Afeta, principalmente, o endomísio.

Dermatomiostite

Vasculopatia mediada por anticorpos paraneoplásicos.

Poli e Dermatomiostite

Clinica

	Fraqueza Muscular	Manifestações cutâneas	Manifestações sistêmicas
Polimiosite	→ Progressiva (semanas - meses); → Leve-moderada; → Proximal; → Bilateral; → Simétrica;	Ausentes	→ Doença pulmonar intersticial; → Bloqueio AV; → IC; → Fenômeno de Raynaud; → Artrite; → Sintomas GI.
Dermatomiostite	→ Acompanhada, por vezes, de mialgia; → Músculos pélvicos e cintura escapular.	Tipicamente presentes *	

Poli e Dermatomiostite

Manifestações cutâneas *

- Pápulas de Gottron (Fig. 3);
- Rash heliótopro (Fig. 4);
- Sinal do V (Fig. 5);
- Calcinose cutânea (Fig. 6);
- Telangiectasias periungueais;
- Poiquilodermia;
- Sinal de Holster;
- (...)



Poli e Dermatomiostite

Diagnóstico

Critérios de Peter e Bohan:

- ≥ 3 dos seguintes:
 1. Fraqueza muscular proximal simétrica;
 2. Heranças musculares;
 3. EMG sugestiva de miopatia inflamatória;
 4. Biópsia muscular com evidência de miosite;
- Screening de neoplasias é **mandatório**;
- Anticorpos - Anti-TIF1-γ, Anti-NXP2, Anti-SAE, Anti-ARS.

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente
2. **Glucocorticóides**:
 - Prednisona;
 - Ciclo curto inicial de pulsos de metilprednisolona EV ⇒ doença grave ou envolvimento multissistêmico.
3. **Metotrexato/Azatioprina**.

Síndrome de Stiff-Person (SPS)

→ Neoplasia da mama, do pulmão e linfoma.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Anticorpos anti-anfifisina e anti-GAD (ácido glutâmico descarboxilase)	1. ↓ GABA; 2. Perda da inibição do SNC; 3. ↑ tônus muscular.	• ↑ da rigidez muscular; • Hiperlordose cervical e lombar; • Fraturas; • Espasmos musculares dolorosos episódicos.

Síndrome de Stiff-Person (SPS)

Diagnóstico

1. Pesquisa de **anticorpos anti-anfifisina** - anticorpos anti-GAD, geralmente negativa na SPS paraneoplásica;
2. EMG - atividade contínua da unidade motora;

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
2. Aumento da sinalização GABA:
 - 1ª linha ⇒ **Diazepam** ou **Clonazepam**;
 - 2ª linha ⇒ Baclofeno.
3. Terapêutica imunossupressora (IVIg, plasmáferese, rituximab).

Endocrinológicos

1. **Hipercalcemia Humoral Maligna**
2. **SIADH**
3. **Síndrome Cushing**

Hipercalcemia Humoral Maligna



1. **Carcinoma de células escamosas** (pulmão ++, cabeça e pescoço), neoplasias do rim, da bexiga e do ovário;
2. **Linfomas de Hodgkin e não Hodgkin**;
3. **Mieloma Múltiplo** e neoplasia da mama.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
1. Produção ectópica de PTHrP (-60%); 2. Produção ectópica de vitamina D; 3. Hipercalcemia osteolítica;	1. Secreção de PTHrP pelas células tumorais; 2. Atividade da 1α-hidroxilase em células tumorais; 3. Atividade osteolítica nas metástases esqueléticas;	→ Maioria assintomática; → Quando rápida $\uparrow$ ou > 13 mg/dL $\Rightarrow$ náuseas, vômitos, letargia, alterações do estado de consciência e sinais de desidratação.

Hipercalcemia Humoral Maligna



Diagnóstico

Sugestivo de SPN $\Rightarrow$ doença maligna conhecida e hipercalcemia severa ou $\uparrow$ rápida.

Avaliação analítica:

- $\uparrow$ Ca^{2+} e $\downarrow$ P^{3+} ;
- $\downarrow$ PTH;
- $\uparrow$ PTHrP e $\uparrow$ 25-dihidroxitamina D.

Ca^{2+} 3,6-13,2 mg/dL
 P^{3+} 2,4-3,8 mg/dL
 pH 7,35-7,45
 mmHg 120-130 mmHg

Diagnóstico Diferencial:

Hiperparatiroidismo P $\Rightarrow$ acidose metabólica hipercalcêmica (hiperfósforúria e reabsorção renal)

Hipercalcemia Humoral Maligna $\Rightarrow$ alcalose metabólica (volume $\uparrow$ vômitos e desidratação)

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
2. Terapêutica de suporte:
 - Fluidoterapia (NaCl 0,9%);
 - Reposição oral de P^{3+} ;
 - Bifosfonatos (zoledronato).

EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA se hipercalcemia severa (> 13 mg/dL)

$\Rightarrow$ Calcitonina
 $\Rightarrow$ Diurético de ansa
 $\Rightarrow$ Diálise

SIADH



- Neoplasia do **pulmão**: CPNPC ++ ($> 50\%$ dos casos), CPNPC (tipo escamoso);
- Neoplasias **gastrointestinais**, **genitourinárias**, do **ovário** e **cerebrais**.

Etiologia	Fisiopatologia
Produção ectópica de ADH.	$\uparrow$ reabsorção de água livre independente da osmolaridade plasmática $\rightarrow$ $\downarrow$ da sede por mecanismos adaptativos $\Rightarrow$ HIPONATREMIA EUVOLÊMICA

SIADH



Clinica

Sintomas dependentes da gravidade e da velocidade de $\downarrow$ da natremia;

$\downarrow$ osmolaridade plasmática $\Rightarrow$ entrada de água livre para EIC $\Rightarrow$ afeta + cérebro devido ao espaço limitado para expansão IC

Hiponatremia de instalação lenta	Hiponatremia de instalação rápida
Sintomas ligeiros permitem resposta adaptativa com perda iônica e de solutos. • Maioria assintomática; • Letargia, confusão, déficit de atenção;	Gravidade dos sintomas relacionam-se com a magnitude do edema cerebral. • Cefaleia; • Emêsa; • Convulsões; • Coma; • Morte.

SIADH



Diagnóstico

Diagnóstico de exclusão: latrognia, hipotireoidismo ou insuficiência suprarrenal.

Avaliação analítica:

- Na^+ < 135 mEq/L + Osmolaridade sérica < 275 mOsm/kg + Osmolaridade urinária > 100 mOsm/kg $\Rightarrow$ hiponatremia euvolêmica;
- $[\text{Na}^+]$ urinária > 40 mmol/L
- $\downarrow$ ureia (< 10 mg/dL) e ácido úrico são sugestivos.

Tratamento

1. Tratamento da neoplasia subjacente;
2. Terapêutica de suporte:
 - Restrição hídrica;
 - Vaptanos (1^{a} linha);
 - Demeclociclina (linha de ação 1-25).

EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA se hiponatremia < 115 mmol/L ou alteração do estado de consciência

$\Rightarrow$ NaCl EV (ritmo de correção 0,5-1 mmol/L/h por risco de síndrome de desmielinização osmótica)

Síndrome de Cushing



- Neoplasia do **pulmão**: CPNPC ++ (mutação POMC $\Rightarrow$ $\uparrow$ ACTH e $\uparrow$ MSH), CPNPC (tipo carcinóide);
- Neoplasias do **pâncreas**, da **tiróide** (carcinoma medular da tireóide).

Etiologia	Fisiopatologia
Produção ectópica de ACTH e, mais raramente, de CRH.	Produção de ACTH ectópica (ocasionalmente de CRH) $\rightarrow$ $\uparrow$ produção de cortisol (zona fasciculada das glândulas supra-renais).

Síndrome de Cushing



Clinica

Ganho ponderal e obesidade centripeta são menos comuns na produção paraneoplásica de ACTH, associada mais a caquexia.

Atividade glucocorticoide	Atividade mineralocorticoide	MSH-dependente
• Fragilidade cutânea; • Osteopênia; • Irritabilidade/psicose; • Atrofia muscular proximal; • Dislipidemia; • Insulinorresistência/diabetes; • Imunosupressão; • Hipercoagulabilidade.	Particular predomínio na SC paraneoplásica com as principais manifestações associadas a retenção hídrica: • Hipertensão; • Hipocalcemia; • Alcalose metabólica.	Hiperpigmentação.

Síndrome de Cushing



Diagnóstico

Perante suspeita clínica e após excluir toma de corticoides:

Hipercortisolismo

- Cortisol urinário 24h (3 pesquisas) frequentemente $2-4 \times$ USN;
- Cortisol às 08h (sérico > 10 nmol/L e sérico > 5 nmol/L);
- Prova de dexametasona (mg às 23h e medição às 9h se > 50 nmol/L, falta na supressão).

Doseamento ACTH:

- ACTH < 5 pg/mL (independente)
- ACTH > 20 pg/mL (dependente)

RM hipofisário sem evidência de tumor

ACTH ectópica

Se dúvida $\rightarrow$ cateterismo dos seios petrosos inferiores

Prova de supressão de alta dose de dexametasona (2mg/kg 6x/dia) ou testes CRH

Síndrome de Cushing



Tratamento

1. **Tratamento da neoplasia subjacente**
2. **Tratamento cirúrgico (único curativo):**
 - Adrenalectomia bilateral se fit e bom prognóstico - infrequente;
 - Necessário corticoterapia de substituição.
3. **Tratamento médico:**
 - Cetoconazol (bloqueio de síntese de esteroides);
 - Metirapona (bloqueio síntese de cortisol).

A maioria dos doentes têm mau prognóstico e **tratamento é quase sempre pouco eficaz.**

Hematológicos



1. Trombose

Hematológicos



- SPN hematológicos **pior** caracterizados pela dificuldade de identificar os mediadores envolvidos.
- Nas neoplasias hematológicas verificam-se alterações no hemograma, mas são quase sempre associadas a proliferação de elementos mieloídes inerentes à progressão da doença oncológica e, **raramente, atribuíveis a SPN.**
- **Trombocitose, eritrocitose, granulocitose e a eosinofilia** são SPN hematológicas praticamente **assintomáticas, inócuas e sem necessidade de tratamento.**

Trombose



→ Neoplasias do pulmão, do pâncreas, do trato gastrointestinal, do trato genitourinário, do ovário, da mama, da próstata e linfoma.

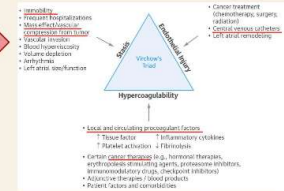
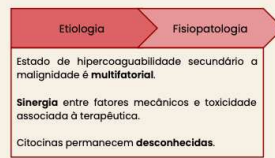


Fig. 7. Triade de Virchow in Harrison, Principles of Internal Medicine

Trombose



Clinica

- Apresentação + comum é **tromboembolismo venoso (TEV)** - TVP ou TEP;
- **Clinica de TVP:** dor na face posterior da perna, edema unilateral dos MS/MI;
 - **Clinica de TEP:** dispneia, dor torácica, taquicardia, febre/subfebril sem explicação.
- Neoplasia oculta diagnosticada até 10% no 1º ano após TEV inexplicada que na **maioria dos casos não é rastreada**;
- Contudo, se associada a **síndrome de Trousseau (tromboflebite migratória)** ou **endocardite trombótica não bacteriana** ⇒ **rastreio imagiológico obrigatório.**

Trombose



Diagnóstico

SCORE DE KHORANA ⇒ preditor de risco de TVP/TEP em doentes oncológicos

Patient characteristics	Risk score ^a
Site of cancer	
Venous (e.g., colon, pancreas)	2
High risk (e.g., lymphoma, gynecologic, bladder, testicular)	1
Prechemotherapy platelet count $\geq 100,000/\text{mm}^3$ or more	1
Hemoglobin level less than 10 g/dL or use of red cell growth factors	1
Prechemotherapy leukocyte count more than $11,000/\text{mm}^3$	1
Body mass index $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ or more	1

Note: According to Khorana et al.²⁷
 a) Maximum = 5; 0-4 intermediate risk; 1-2 low risk; 0-1.

Fig. 8. Score de Khorana in Harrison, Principles of Internal Medicine

TVP:

1. **Eco-doppler dos MIs** (assintomático + contralateral) ⇒ se segmento não compressível e sem fluxo ⇒ TVP;
2. Se eco-doppler sem alterações e ainda suspeita clínica ⇒ **venografia MIs.**

Trombose



Diagnóstico

TABLE 11-1 WELLS CLINICAL PREDICTION RULE FOR PULMONARY EMBOLISM	
Clinical Feature	Points
Clinical signs of deep-vein thrombosis	3
Alternative diagnosis is less likely than pulmonary embolism	3
Heart rate $>100/\text{min}$	1.5
Immobilization at least 3 days or surgery in previous 4 weeks	1.5
History of deep-vein thrombosis or pulmonary embolism	1.5
Hemoptysis	1
Malignancy (with treatment within 6 months or within 12 months)	1
Interpretation	
Score ≥ 4	High
Score 2-4	Intermediate
Score ≤ 1	Low

Fig. 9. Score de Wells in Harrison, Principles of Internal Medicine

TEP:

1. **Avaliação inicial:**
 - Score de Wells (avalia probabilidade de TEP);
 - **Raio-X de tórax;**
 - **ECG:** taquicardia sinusal (r. comum); alterações sugestivas de sobrecarga do VD (padrão S1Q2T3, BII de novo, desvio direito do eixo, onda P pulmonar);
 - **GSA:** hipoxemia, dispneia respiratória, ↑ gradiente de tensão alveolo-arterial de O_2 ;
 - **SaO₂ normal não exclui diagnóstico de TEP;**
 - **SpO₂.**
2. **Angio-TC** ⇒ confirmação

D-dímeros têm TVPM e TVP; na população geral usados apenas para doentes com risco e para excluir, nos doentes oncológicos têm ainda mais limitações diagnósticas.

Trombose



Tratamento

- HBPM + HNF/DOACs ⇒ **5-10D**;
- HBPM/DOACs/Varfarina (NR alvo 2-3) ⇒ **≥ 6M**;
- **Elitro-VCI** ⇒ TVP proximal ou CI relativa para HBPM ou TVE recorrente;
- DOACs recentemente introduzidos e, atualmente, preconizados no doente oncológico (exceto neoplasias GI e OU ⇒ ↑ risco de iatrogenia - hemorragia).

Tromboprofilaxia Primária

- HBPM e DOACs:
 - Doente internado (patologia aguda/compressão mobilidade);
 - Em doentes selecionados em ambulatório sob QT se ↑ risco (segundo score Khorana > 3).

Doença oncológica per se não é indicação.

Trombocitose



→ Neoplasias do pulmão, do trato gastrointestinal, da mama e do ovário e linfoma.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Trombocitose ≠ Trombose Neoplasia subjacente em 35% dos casos. Maioritariamente mediada por IL-6.		Majoria assintomáticos.

Eritrocitose



→ Neoplasias do rim, hepatocarcinomas e hemangioblastomas cerebrales.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Mediada pela EPO.		Majoria assintomáticos.

Granulocitose



→ Neoplasias do pulmão, do ovário, do trato gastrointestinal, do trato geniturinário e linfoma de Hodgkin.

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Mediada por G-CSF, GM-CSF ou IL-6. Granulócitos > 8000/ μ L em 30% dos tumores sólidos ⇒ apenas minoria tem produção ectópica dos mediadores.		Majoria assintomáticos. Sem desvio esquerdo dos neutrófilos (sem 1 formas imaturas).

IL-6 (fator estimulador de colônias granulocítica); GM-CSF (fator estimulador de colônias de granulócitos e de monócitos).

Eosinofilia



→ Neoplasias do pulmão e hematológicas (linfoma e leucemia).

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Mediada por IL-5.		Majoria assintomáticos. Broncospasmo (eosinofilia > 5000/ μ L) ⇒ Raio-X de tórax infiltrado difuso ⇒ Tratamento com glucocorticoides.

Dermatológicos



1. Acanthose Nigricans Maligna
2. Queratose seborreica difusa
3. Eritema necrolítico migratório
4. Hipertricose lanuginosa adquirida

Acanthose Nigricans Maligna



→ Adenocarcinoma gástrico

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
Produção ectópica TGF- α → IGF-like	1. Ativação EGF 2. Proliferação fibroblastos e queratinócitos; 3. Hiperplasia epidérmica.	• Hiperpigmentação e espessamento dérmico; • Erupção papilomatosa; • Bordos mal definidos; • Crescimento rápido e superfície verrucosa/papulosa. 

Fig. 10. Acanthose nigricans maligna.

Acanthose Nigricans Maligna



Diagnóstico

- Clínica;
- Confirmação com biópsia da lesão;
- DD:
 - Endocrinopatias (insulinorresistência, Síndrome de Cushing, SOP);
 - Medicação (corticoides sistêmicos);
 - Obesidade (pseudocancrose nigricans);
 - Hereditário (mutação FGFR3);
 - Autoimunidade (LES, S. Sjogren).

Tratamento

- Tratamento cosmético:
 - Terapia laser;
 - Abrasão dérmica;
 - Retinóides tópicos;
 - Excisão cirúrgica.

Queratose seborreica difusa



Sinal de Leser-trélat

→ Tumores sólidos (adenocarcinoma gástrico)

Etiologia	Clinica
Ativação receptores do EGF.	• Queratose seborreica (múltiplas e início súbito); • Fibromas pendulosos; • Pode surgir também Acanthose Nigricans.



Fig. 11. Sinal de Leser-trélat nos cabelos.

Eritema necrolítico migratório

→ **Glucagonoma**

Etiologia	Clinica
Desconhecida, provável déficit de aminoácidos, zinco, ...	- Eritema em múltiplas áreas; - Evolução para lesões crostosas dolorosas e pruriginosas que podem ulcerar; - Tendem a resolver e reaparecer num local diferente.



Fig. 12 Eritema necrolítico perioral

Eritema necrolítico migratório

Diagnóstico

- Clínico;
- Confirmação com biópsia;
- **↑ glucagon sérico** > 1000 pg/nl;
- Níveis séricos zinco, amino ácidos e **cromogranina A**;
- Evidência histológica ou radiológica da presença de tumor produtor de glucagon.

Tratamento

1. Octreótido;
2. Suplementação com zinco e aminoácidos.

Hipertricose lanuginosa adquirida

→ Neoplasia **colón, pulmão e mama**.

Etiologia	Clinica
Substâncias de origem tumoral: citocinas, fator de crescimento fibroblástico, IGF-like, outros fatores...	Crescimento rápido de pelos finos e não pigmentados → Lanugo



Fig. 13 Hipertricose lanuginosa adquirida na face

Reumatológicos

1. Osteoartropatia hipertrófica

Osteoartropatia hipertrófica

Doença Pierre-Marie-Bamberger

→ Neoplasia do **pulmão (adenocarcinoma)**

Etiologia	Fisiopatologia	Clinica
- Fator de crescimento vascular (VEGF); - Fator de crescimento derivado plaquetas (PDGF); - Prostaglandinas E2.	1. ↑ angiogénese; 2. ↑ atividade fibroblastos e osteoblastos; 3. Deposição ↑ de colagénio; 4. Síntese óssea e da matriz do tecido conjuntivo.	- Hipocratismo digital; - Dor de ritmo mecânico e edema articular; - Artrite e periostite dos ossos longos distais (bilateral e simétrica); - Derrames articulares.

Osteoartropatia hipertrófica

Diagnóstico

- Clínico;
- Radiografia ⇒ Periostite dos ossos longos distais.



Fig. 14 Espessamento do periostio na parte distal do osso

Tratamento

1. AINES;
2. Bifosfonatos (Zoledronato);
3. Octreótido.

Take home messages

- Em alguns casos, podem ser a primeira manifestação de doença neoplásica;
- Tumores neuroendócrinos (++) CPPC) são os mais associados;
- A causa do aparecimento destes tumores não é a imunossupressão, nem compressão por massa nem iatrogenia;
- Atenção ao doente "típico" oncológico;
- Tratamento do tumor, diminui ou resolve os sintomas e lesões.
- Nas síndromes neurológicas, a ausência de anticorpos não exclui o diagnóstico;
- Nas síndromes endocrinológicas, a hipercalcemia severa (>13 mg/dl) e hiponatremia severa (<115mmol/L) constituem emergências oncológicas;
- As síndromes hematológicas são de difícil caracterização devido à dificuldade em identificar os mediadores envolvidos.

Bibliografia

- Reumersdal E, Fouzi A, Kinger D, Hauser L, Longo D, e Jarroson J. Harrison. Principles of Internal Medicine [9th edition]. McGraw-Hill.
- Ambrose, [28 de julho de 2020]. Paraneoplastic syndromes. Obtido de Ambrose: <https://med.ambrose.com/ambrose/98473paraneoplastic-syndromes>
- Brody, M. F., & Rowley, P. (3 de agosto de 2020). Acromegaly. Obtido de National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430357/>
- Chakrabarty, R. K., & Sharma, R. (28 de agosto de 2020). Secondary hyperparathyroidism: Osteoarthritis. Obtido de National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533462/>
- Cohen, E. W., & Cohen, J. P. (2014). Acrolytic Migratory Erythema. Obtido de Pathobiology of Human Disease: <https://www.aceracem.com/topics/medicines-and-diseases/acrolytic-migratory-erythema>
- Dalmon, J., & Rosenfeld, M. R. (2008). Paraneoplastic syndromes of the CNS. The Lancet Neurology, 7(4), 327-340. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70260-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70260-2)
- Doi, A., Datta, D., Kessler, M., Wolfson, L., Goldstein, H., Lott, T., ... Goldstein, M. (9 de junho de 2020). Acromegaly: A review. Obtido de Journal of Cosmetic Dermatology: <https://doi.org/10.1002/jcde.12544>
- Fox, M. G., Hashmi, M. F., & Fennell-Shuler, S. J. (28 de julho de 2020). Acrolytic Migratory Erythema. Obtido de National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533462/>
- Owen, C., Cohen, J., & Orlow, A. G. (8 de fevereiro de 2020). Cutaneous manifestations of internal malignancy. Obtido de UpToDate: Cutaneous manifestations of internal malignancy
- Polymyalgia (National Institute of Neurological Disorders and Stroke). (n.d.). <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/polymyalgia>
- Santos, F. (março de 2020). Dermatologic Paraneoplastic: Arden de Revistas. Obtido de Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra: <https://med.up.pt/med-up/2020/03/01/DermatologicParaneoplasticArdenRevistas.pdf>
- UpToDate. (n.d.). https://www.uptodate.com/lookup/paraneoplastic-syndromes-of-the-cns/summary?search=paraneoplastic%20syndromes&source=search_result&result_title=1%20UpToDate%20syndromes-of-the-cns/summary
- Zhang, X., Liu, R., Liu, Y., Zhang, S., & Q. H. (31 de novembro de 2020). Malignant acromegaly: a case report. Obtido de BMC: <https://doi.org/10.1186/s12938-020-00728-2>

Local de estágio: USF Lusa
Tutor: Doutor Valter Moreira

Discente: Ana Rita de Abreu Preto Fernandes | A2018213 | Turma 3

01

Apresentação do doente

02

Consulta

03

Conclusão

04

Referências Bibliográficas

Apresentação do doente

[illegible]

Apresentação do doente

Identificação	Constituição Familiar	Antecedentes Familiares	Antecedentes Pessoais	Hábitos e Estilo de Vida	Medicação Crônica
Vacinação	PNV atualizado (vacina da gripe; 5 doses do vacina preo o SARS-CoV-2 e vacina antipneumocócica - primeira 13 em 2017 e segunda 23 2022)				
Rastros oncológicos	Em dia (já não se encontra em laudo de rastros de câncer colateral e sem tumores locais-relatos)				
Hábitos alcoólicos	64 unidades de álcool/semana (1 copo de vinho ao almoço)				
Hábitos tabágicos	Ex-fumador - 44UMAS				
Hábitos toxicofílicos	Negs				
Alergias	Negs				
Dieta	Equilibrada com restrição de sal e gorduras saturadas				
Exercício físico	Caminhadas esporadicamente ("mais na férias" sic)				

Apresentação do doente

Identificação	Constituição Familiar	Antecedentes Familiares	Antecedentes Pessoais	Hábitos e Estilo de Vida	Medicação Clínica
F.C.B.					
Idade	75 anos			✓ Independente nas Atividades da Vida Diária;	
Sexo	Masculino			✓ Habitação com condições de higiene e bom acesso a bens essenciais;	
Raça	Caucasiana			✓ Escala de Grafton: 15 pontos → Classe III - Classe Média.	
Naturalidade	Sertão				
Residência	Belém				
Escolaridade	9º ano				
Profissão	Reformado (Título de Transportes de Cargas no TAP)				

Identificação	Comitê/Família	Antecedentes Familiares	Antecedentes Pessoais	Hábitos e Estilo de Vida	Medicação Crônica	
Desenvolvimento psicomotor e estatuto-ponderal normal. Negs doenças em criança.						
		Antecedentes Médicos ✓ Hipertensão Arterial com complicações; Dislipidemia; ✓ Enfarte Agudo do Miocárdio; ✓ Doença Polimorfe Ostrutiva Crônica; ✓ Hipertrofia Benigna da Próstata; ✓ Dermatite Seborreica.	Antecedentes Cirúrgicos ✓ Cirurgia ortopédica à coluna por espondilolistese/discopatias L3-S1 (2018); ✓ Amputações totais das ancas direita e esquerda com colocação de prótese em ambas (2012 e 2021); ✓ Artroplastia total do joelho direito com colocação de prótese (2020); ✓ Hemiorrafia umbilical (2023).			

Apresentação do doente

[illegible]

02

Consulta

Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
	✓ Tem à consulta mostrar análises e exames requisitados na consulta anterior (há 6 meses). Não últimos meses, refere nosctúria (levantada a 34+ noit), poliquiúria e urgência miccional. Refere alguma distúncia cefalé. Não percepção de jato urinário ou maior esforço miccional. Nega hematuria, disúria, incontinência urinária, dor pélvica e perda de peso. Na última consulta medicado com tafamul que ainda não experimentou.		
	✓ Refere cansaço para médios/grandes esforços, tosse noturna com alguma expectoração e raramente refere náusea. No último ano mais exacerbações, idas ao SU por algumas respiratórias ou tosse à noite por inchores respiratórios. Refere não fazer insalada. É seguido em Pneumologia no Privado onde realizou PPK que traz:		
	✓ Manter seguimento na especialidade de Ortopedia no HOSA. Tem indicação cirúrgica para artroplastias de ombro sugerido por artrose e tendinite calcificante. Refere que já tiras de omalgia bilateral com limitação na mobilidade. Aguarda ser chamado para cirurgia.		
	✓ Tem cumprido restante medicação crónica e a tem medido tensão arterial, apesar de não trazer. AMPA, afirmando que "no máximo chega a 140/90".		

Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
-----------	----------	-----------	-------

Doente orientado e colaborante, com bom estado geral e aparência cuidada.

Sinais Vitais:

TA: 122/80 mmHg | FC: 56 bpm;
Peso: 98 kg | Altura: 1,72 m | IMC: 33,1 kg/m²;
Auscultação cardiopulmonar: S1 e S2 audíveis, normofonéticos e rítmicos, sem sopros nem extrassons. Murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios.

✓ **EINDRISC**: 20 pontos ⇒ risco de desenvolver DM tipo 2 muito alto (23,1%);
✓ **SCORE2**: 17% ⇒ RCV muito alto;
✓ **mmMC**: grau 2 (DPOC GOLD B);
✓ **IPSS**: 14 pontos (sintomas moderados) | **QoL**: grau 3.



Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
-----------	----------	-----------	-------

Avaliação analítica sem alterações relevantes, destacando:

- Glucose em jejum 101 mg/dL;
- Colesterol total: 110 mg/dL | Colesterol HDL: 50 mg/dL | Colesterol LDL: 44 mg/dL | Triglicéridos: 78 mg/dL;
- Microalbuminúria: 3 mg/L;
- Sódio 138 mEq/L | Potássio 4,5 mEq/L.

Provas de Função Respiratória:

PVC diminuída | FEV₁: 66 → 69 (pós-BD) | FEV₁: 2,12 (73%) → 2,33 (76%) (pós-BD);

- Sem resposta à prova de broncodilatação.

ECG: BAV de 1º grau.

✓ **Ecocardiograma Transtorácico**: cardiopatia isquêmica com VE não dilatado e função sistólica global conservada (FEVE: 62%) - ligeira hipocinesia basal e mediana inferior e da parede infero-lateral.



Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
-----------	----------	-----------	-------

Problemas Ativos	Problemas Passivos	Problemas Resolvidos
------------------	--------------------	----------------------

- **K76** - Doença Cardíaca Isquêmica sem angina (2003);
 - **K87** - Hipertensão com complicações (2003);
 - **L92** - Síndrome do Ombro Doloroso (2021);
 - **R95** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - GOLD 2B (2016);
 - **T82** - Obesidade (2019);
 - **T93** - Alteração do metabolismo dos lípidos (2015);
 - **Y07** - Impotência NE (2023);
 - **Y85** - Hipertrofia Prostática Benigna (2021).
- **D91** - Hérnia abdominal, ouca (2022);
 - **K75** - Enfarte Agudo do Miocárdio (2002);
 - **L90** - Osteoartrite da anca (2008);
 - **L90** - Osteoartrite do joelho (2011);
 - **P17** - Abuso de tabaco (1979).
- **R80** - Gripe A (2016);
 - **R81** - Pneumonia (2021);
 - **Z23** - Perda/Falecimento de familiar (2018).



Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
-----------	----------	-----------	-------

Curto Prazo

Médio Prazo

Longo Prazo

Congratulo o doente pelo reforço a necessidade de manter um bom controle tensional e um bom perfil lipídico (LDL < 55mg/dL). Assim mantem a terapêutica crônica habitual.

Queixas genito-urinárias

- ✓ Peço uma ecografia prostática transretal para avaliação de evolução da HBP;
- ✓ Recomendações gerais: diminuir ingestão de líquidos à noite bem como de café e álcool;
- ✓ Médico com desmopressina 50 mg e reforço a importância de iniciar tadalafil.

Queixas respiratórias

- ✓ Recomendo adesão terapêutica ao inalador (brometo de umedecido 55 µg + vilanteril 22 µg);
- ✓ Faço revisão da técnica inalatória: abomco dispositivo ⇒ expiração profunda ⇒ 1 inalação rápida e sigmosa ⇒ rein expiração 3-10 seg ⇒ repetir.

Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
-----------	----------	-----------	-------

Curto Prazo	Médio Prazo	Longo Prazo
-------------	-------------	-------------

Deve manter seguimento em Dermatologia, em Cardiologia, em Pneumologia e em Otorrinolaringologia, onde aguarda ser chamado para cirurgia.

Estilo de vida saudável

- ✓ Dieta hipolipídica e hipotensional, rica em frutas, legumes e vegetais;
- ✓ Ingestão hídrica adequada.

Reforço da prática de exercício físico regularmente

- ✓ Reforço a prática de exercício físico regularmente, entre 30 a 60 minutos por dia, na maioria dos dias da semana;
- ✓ Incentivar o doente a realizar mais caminhadas, já que é um exercício que o doente gosta de praticar.

- ✓ Controle FRCV e do perfil lipídico. Abordo relação de FRCV com possível disfunção erétil;
- ✓ Perda ponderal (IMC de 33,1 kg/m² - Obesidade grau I).

Consulta

Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano
-----------	----------	-----------	-------

Curto Prazo

Médio Prazo

Longo Prazo

Agendo consulta para daqui a 6 meses (agosto 2024).

Rastreios

- ✓ Já não se encontra em idade dos rastreios oncológicos populacionais nem têm história familiar relevante;
- ✓ Não se recomenda manter rastreio do cancro colorretal.

PNV

- ✓ PNV atualizado;
- ✓ Recomendação para realização de vacina sazonal da gripe e para o SARS-CoV-2 no período do outono/inverno;
- ✓ Deverá fazer nova dose de vacina pneumo23 em 2027;
- ✓ Próxima vacina do tétano a realizar em 2032.



03

Conclusão

Rever e integrar vários conhecimentos sobre a abordagem e gestão dos doentes nos CSP.

Praticar competências práticas de **colheita da história clínica dando ênfase a uma escuta ativa e de realização de exame objetivo dirigido** às queixas do doente.

Revisão de patologias prevalentes e transversais a todas as áreas da Medicina.

Compreender os vários componentes dos conceitos de Saúde e Doença e a forma como diversos fatores, não só físicos mas também psicológicos e sociais, interferem e contribuem para o bem-estar do indivíduo.

A especialidade de MGF e os CSP têm um papel basilar na prevenção e no controlo de fatores de risco, na promoção de estilos de vida saudáveis e também na abordagem holística e individualizada do doente.



Referências Bibliográficas

1. Vennart, T.; Bragança, M. Julho 2018. Tipologias Familiares: Caracterização e Singularidades dos seus Ciclos Vitais
2. Castro, R. 1991. Registos Clínicos em Medicina Familiar
3. Direção Geral de Saúde. Norma DGS nº 01/2015 atualizada a 01/11/2021: Vacinação contra infeções por Streptococcus pneumoniae de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP). Adultos (≥18 anos de idade)
4. GOLD Pocket Guide. (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung. A Guide for Health Care Professionals. 1(1), 261–266.
5. Han, M. K., Martinez, F. J., & Dransfield, M. T. (2016). Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis and staging. UpToDate, 1–48
6. Psochoki, A., & King, B. (2022). Medical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. Urologic Clinics of North America, 49(2), 231–238
7. Jan Baile, Bloch M. J., Bakris G. L., White W. B., Kumins L., & Forman John P. (2019). Overview of hypertension in adults - UpToDate. Up to Date, 1–74.

04

Referências Bibliográficas

2.5. Apresentação de Pediatria – “Enterocolite Necrotizante”

Enterocolite Necrotizante

Caso Clínico

UC: Estágio Parcelar de Pediatria
Regente: Professor Doutor Luís Varandas

Hospital Dona Estefânia – UCERN
Tutores: Doutor António Pedro Campos e Doutora Rute Neves

Ana Margarida Oliveira | A2018224
Ana Rita Abreu | A2018213
António Malcata | A2018234
João Mangerona | A2018337

Índice

01
Caso Clínico

02
Introdução

03
Apresentação Clínica

04
Diagnóstico

05
Tratamento

06
Prognóstico e Complicações

Caso Clínico L.F.F.

Informação do Paciente	
Idade	Cronológica: 2 anos e 9 meses (33 meses) Idade corrigida: 29 meses
Sexo	Feminino
Somatometria	Peso: 10,160 kg (Peso ideal) Altura: 83,2 cm (P3)
Antecedentes	PPT às 24s + 3d por pré-eclampsia e síndrome de HELPP LBN: 500 g Índice Apgar: 2/7/9; Má progressão Estado-Ponderal Atraso do Desenvolvimento Psicomotor Amaurose bilateral Alergia à piperacilina+ tazobactam, amicacina e gentamicina
Nutrição	Entérica + Parentérica em 12 horas

Resumo

- Parto pré-termo 24s2d;
- Extremo baixo peso ao nascer 500 gramas.

Conclusão

2 A doente reúne pelo menos 2 fatores de risco para Enterocolite Necrotizante (ECN).

Enterocolite Necrotizante

Inflamação e necrose da parede intestinal, que afeta principalmente recém-nascidos prematuros. Pode ser transmuril ou afetar apenas a mucosa. É mais frequente no íleo terminal e cólon proximal.

Epidemiologia

- +++ entre 2º e 4ª semana;
- Principal causa de abdómen agudo em prematuros;
- Surge em 5-15% dos recém-nascidos pré-termo hospitalizados em UCN;
- Em 10% dos casos afeta RN de termo.

Fatores de Risco

- Prematuridade e baixo peso ao nascer;
- Infecção materna;
- Ruptura de membranas > 24h antes do parto;
- Ductus arteriosus permeável e sintomático;
- Aflúia perinatal, acidose;
- Choque;
- Alimentação entérica com fórmula;
- Administração de castidade;
- Policitemia/hiperviscosidade;
- Hipoglicémia;
- Intervenção cirúrgica abdominal;
- Cardiopatia congénita de baixo débito.

Enterocolite Necrotizante

Fisiopatologia

- Circulação intestinal e isquémia
- Imaturidade intestinal (défice de secreção gástrica, hipocloridria, défice de enzimas proteolíticas, reduzida motilidade intestinal, défice de secreção IgA, hiperpermeabilidade da mucosa intestinal, etc)
- Alimentação entérica
- Microbiota e toxinas bacterianas
- Mediadores inflamatórios
- Lesão por isquémia-reperusão e ação dos radicais livres de oxigênio
- Fármacos e substâncias tóxicas
- Fator de crescimento epidérmico

Apresentação Clínica

Quanto maior for a idade gestacional do RN, haverá uma menor tendência para envolvimento do jejuno e íleo, com aumento progressivo do acometimento do cólon.

Sinais e sintomas abdominais

- Distensão abdominal;
- Intolerância alimentar;
- Resíduo gástrico;
- Diarréia e rectorragia;
- Vômitos biliosos;
- Alterações inflamatórias da parede abdominal - eritema e rede venosa visível (indicativas de perfusão e de necrose intestinal);
- Ausência de ruídos hidroaéreos;
- Defesa abdominal.

Sinais e sintomas sistémicos

- Letargia;
- Hiporreatividade;
- Dificuldade respiratória e apnéia;
- Hipotensão e bradicardia;
- Palidez;
- Instabilidade térmica e má perfusão periférica.

Diagnóstico

A variabilidade na apresentação clínica, a falta de sinais patognomónicos e a ausência de uma causa primária específica tornam o **diagnóstico desafiante**.

A realização de exames imagiológicos (radiografia e ecografia abdominal) é **fundamental** para se estabelecer um diagnóstico de ECN.

Análises laboratoriais

- Neutropénia ou neutrofilia com aparecimento de formas imaturas no EOP;
- Trombocitopenia;
- Perfil de coagulação anómalo;
- ↑ marcadores inflamatórios;
- Acidose metabólica;
- Hiperglicémia;
- Hiponatremia;
- Hipoproteinémia.

Ecografia abdominal

- Objetivar áreas hipo-ecogénicas (função eco-doppler);
- Avaliação da motilidade intestinal em tempo real;
- ↑ S na deteção de ar intramural e na veia porta (em pequenas quantidades).

Diagnóstico

Ecografia abdominal

Fig. 1 - Abordagem ecodoppler da parede do TPO. A, Normal. B, Transmissão da parede. C, Espessamento da parede. D, Espessamento da parede. E, Espessamento da parede. F, Espessamento da parede. G, Espessamento da parede. H, Espessamento da parede. I, Espessamento da parede. J, Espessamento da parede. K, Espessamento da parede. L, Espessamento da parede. M, Espessamento da parede. N, Espessamento da parede. O, Espessamento da parede. P, Espessamento da parede. Q, Espessamento da parede. R, Espessamento da parede. S, Espessamento da parede. T, Espessamento da parede. U, Espessamento da parede. V, Espessamento da parede. W, Espessamento da parede. X, Espessamento da parede. Y, Espessamento da parede. Z, Espessamento da parede.

Diagnóstico

Radiografia abdominal

Gold standard para diagnóstico e avaliação da progressão da doença.

Após avaliação imagiológica inicial, devem ser repetidas com um intervalo de 8h a 12h, dependendo da gravidade e da evolução da ECN.

Achados radiológicos:

- Distensão de ansas intestinais;
- Pneumatose intestinal;
- Presença de gás na circulação portal;
- Ascite;
- Espessamento da parede intestinal;
- Líquido livre e coleções líquidas focais;
- Pneumoperitônio.



Fig. 1 - Pneumatose intestinal. Imagem de gás na circulação portal (seta vermelha). A. e. (2022). Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical features and diagnosis. 1-14.

Fig. 2 - Pneumatose intestinal. Imagem de gás na circulação portal (seta vermelha). B. e. (2022). Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical features and diagnosis. 1-14.

Classificação – Estádios de Bell

Estádios de ECN	Sinais abdominais	Sinais sistêmicos	Sinais radiográficos
IA – ECN suspeita	Resíduo gástrico, distensão abdominal ligeira, emese, sangue oculto nas fezes	Instabilidade térmica, apneia, bradicardia, letargia	Sem alterações ou distensão intestinal, efusões ligeiras
IB – ECN suspeita	Igual a IA + Rectorragia	Igual a IA	Igual a IA
IIA – ECN ligeira	Igual a IB + Ausência de RHA, com ou sem defesa abdominal	Igual a IA	Distensão intestinal, efusões, pneumatose intestinal
IIIB – ECN moderada	Igual a IIA + Defesa abdominal, com ou sem celulite abdominal ou massa no quadrante inferior direito	Igual a IA + Acidose metabólica ligeira e trombocitopenia ligeira	Igual a IIA + Ar na veia porta, com ou sem ascite
IIIA – ECN avançada sem perfuração intestinal	Igual a IIIB + Sinais de peritonite generalizada, defesa abdominal marcada e distensão abdominal	Igual a IIIB + Hipotensão, bradicardia, apneia severa, acidose metabólica e respiratória, CID, neutropenia	Igual a IIIB + Ascite
IIIB – ECN avançada com perfuração intestinal	Igual a IIIA	Igual a IIIA	Igual a IIIB + Pneumoperitônio

Tratamento

Medidas Gerais - estádios IA e II B

- Interrupção imediata de alimentação por via entérica e início da **nutrição parentérica**.
- Descompressão** com introdução de sonda NG ou OG;
- Correção de qualquer distúrbio** (hidroeletrolítico, ácido-base ou hemodinâmico);
- Início de **antibioterapia EV de largo espectro** para cobertura de microrganismos gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios (p.ex. ampicilina + gentamicina + metronidazole).

A pausa alimentar deverá manter-se até ao 12º ou 14º dia de evolução, reintroduzindo-se de modo cauteloso e progressivo.

Medidas Específicas - estádios III A e III B

Nos casos em que se verifica progressão rápida do quadro e agravamento global, para além de medidas gerais (mais agressivas, incluindo a administração de inotrópicos e a assistência ventilatória), devem ser ponderados dois procedimentos invasivos: **paracentese abdominal para drenagem peritoneal simples** e/ou **laparotomia**.

- A detecção de sinais de ascite (estádio III A), implicará, em princípio, drenagem peritoneal;
- Sinais de perfuração de ansa (estádio III B) implicará laparotomia com resecção do segmento afetado.

No período pós-operatório, o doente deve ser submetido a programa de nutrição parentérica total, pelo que se torna necessário colocar uma via central de longa duração.

Prognóstico e Complicações

As principais complicações prendem-se com a progressão do processo patológico desencadeante, que pode culminar com o desenvolvimento de **SIRS** num contexto de **sépsis** e **acidose metabólica irreversível**.

- Em alguns casos poderão desenvolver-se quadros **fibrose estenosante pós-inflamatória**, mais frequentemente no íleo distal e cólon.
- E a **síndrome do intestino curto** surge como consequência de ressecções intestinais muito alargadas por necrose intestinal extensa.



Fig. 3 - Fibrose estenosante pós-inflamatória e reconstrução do trânsito intestinal. Imagem de ressecção de 8 cm de íleo e formação de íleocecal. A. e. (2022). Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical features and diagnosis. 1-14.



Fig. 4 - Síndrome do intestino curto. Imagem de ressecção de 8 cm de íleo e formação de íleocecal. B. e. (2022). Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical features and diagnosis. 1-14.

Apesar disso, os progressos terapêuticos e das técnicas operatórias permitem atualmente obter uma **sobrevivência global > 85%**.

Referências bibliográficas

- Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Longo D. e Jameson J. Harrison, Principles of Internal Medicine (15th edition); McGraw-Hill;
- Kim, A. J. H. (2021). *Neonatal necrotizing enterocolitis: Clinical features and diagnosis*. 1-25;
- Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. *Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America*. Clin Infect Dis. 2010; 50(2): p.133-164. doi: 10.1093/cid/cir954;
- Schanler RJ. Management of Necrotizing Enterocolitis in Newborns. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-necrotizing-enterocolitis-in-newborns> (acesso a 15/04/2024);
- Videira-Amaral JM. Tratado de Clínica Pediátrica. 3ª edição. (2022). Consultado online em <https://www.tratadoclinicapediatrica.pt/> (acesso a 15/04/2024).



05/07/2021 D66, D138, D142, D173
Parto Pré-Termo 24w3d
EBPN: 500 g Índice Aggar 2/7/9

12/01/2022
Transferida para o Hospital Dona Estefânia.

21/03/2022
Internamento no HDE por quadro sub-oclusivo

20/07/2022
Internamento eletivo para **Gastrotomia**.

01/09/2023
Internada na UCERN por acidose D-láctica, desidratação, T 37,5° e peso 6.135 Kg

D235
Reconstrução do trânsito. Intestino remanescente com 35 cm e sem válvula ileocecal.

Neste momento, o ECN da L está resolvido. Mantém insuficiência intestinal por **síndrome do intestino curto** (sem 35cm no total de intestino delgado + cólon, sem válvula ileocecal). Já tem alta clínica e aguarda resolução social.

Anexo 3 – Casuística do Estágio de Cirurgia Geral

Gráfico 3.1. Intervenções cirúrgicas (Bloco Operatório e SU)

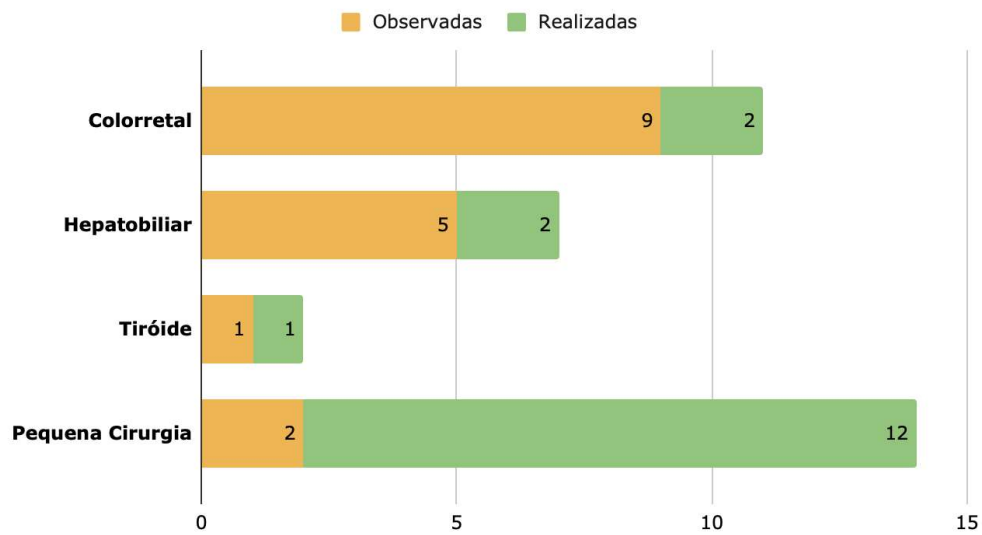
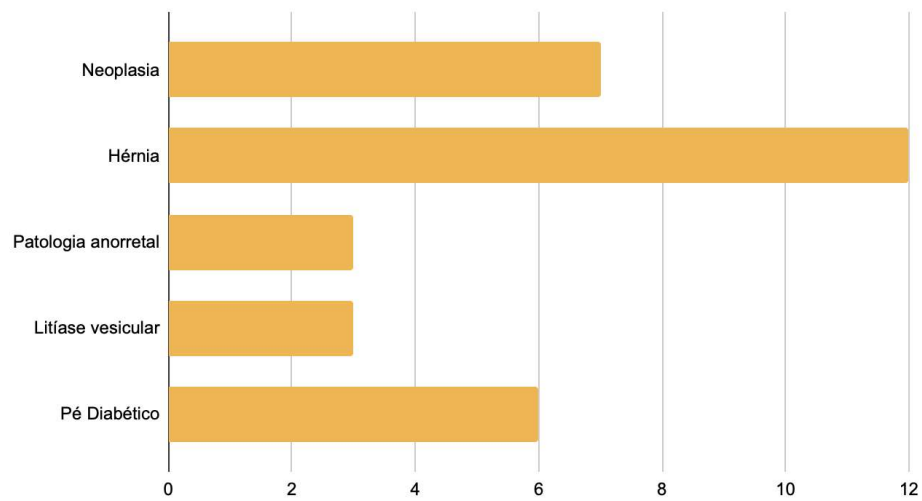


Gráfico 3.2. Consulta Externa – Motivos de Consulta



Anexo 4 – Casuística do Estágio de Medicina Interna

Tabela 4.1. Enfermaria - Motivos de Internamento dos doentes observados

Sexo	Idade	Diagnóstico Principal/Motivo de Internamento
H	98	Fibrose Pulmonar Intersticial por toxicidade a amiodarona
F	54	Défice cognitivo ligeiro, internamento social após morte do companheiro por não ter condições para residir sozinha (caso social)
H	34	AVC isquémico do território vertebro-basilar com locked-in (caso social)
H	88	Status pós-AVC hemorrágico + Infecção nosocomial a Clostridium difficile recidivante + Síndrome demencial (caso social)
F	58	Hemorragia Digestiva Alta (internada para estudo etiológico EDA e colonoscopia)
F	53	Pneumonia nosocomial + Asma agudizada
F	72	AVC da ACM direita isquémico com transformação hemorrágica
F	85	Insuficiência Respiratória Global em contexto de pneumonia nosocomial e infeção a VSR + IC descompensada + DRC agudizada

Gráfico 4.2. Consulta Externa – Motivos de Consulta

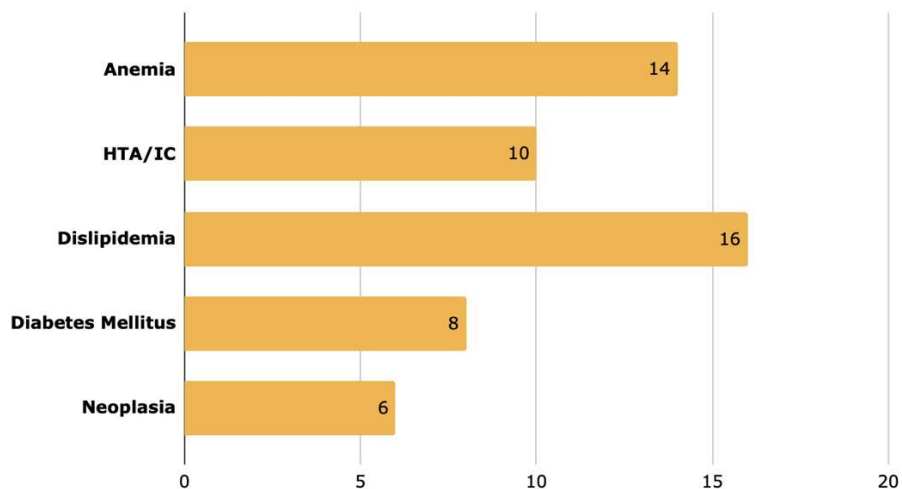
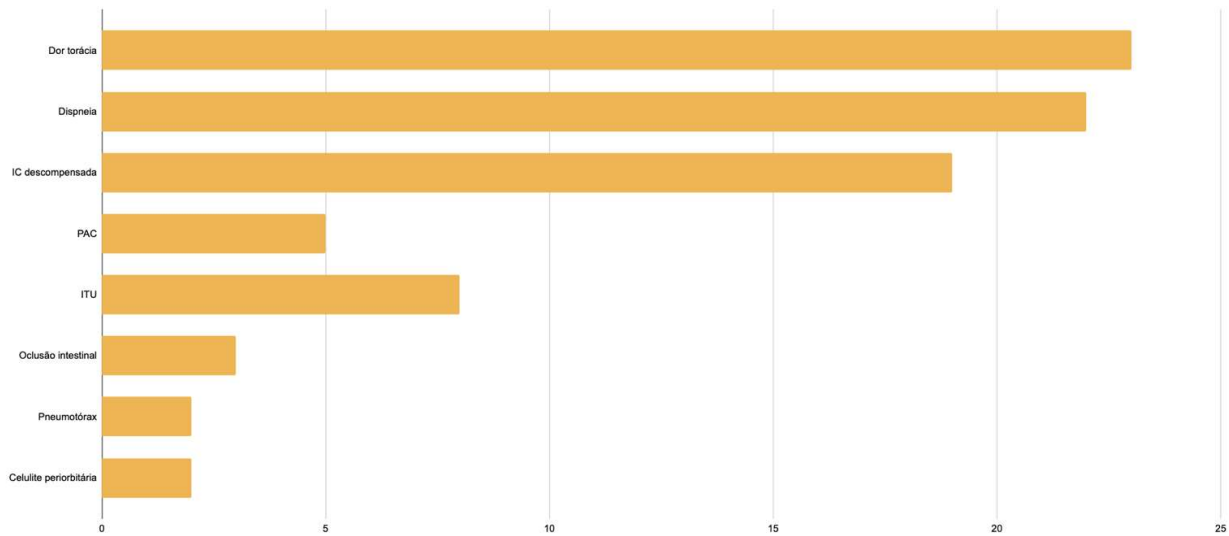
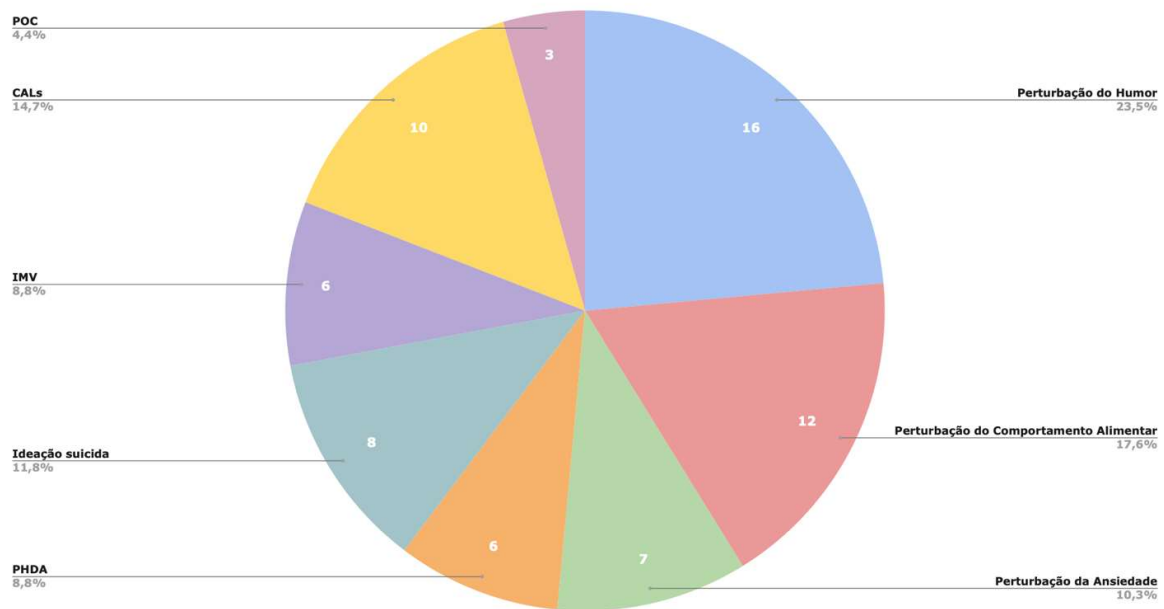


Gráfico 4.3. Serviço de Urgência – Motivos de ida ao SU



Anexo 5 – Casuística do Estágio de Saúde Mental

Gráfico 5.1. Doentes observados em contexto de Internamento e Serviço de Urgência



Anexo 6 – Casuística do Estágio de Medicina Geral e Familiar

Gráfico 6.1. Consultas observadas e realizadas no estágio de MGF

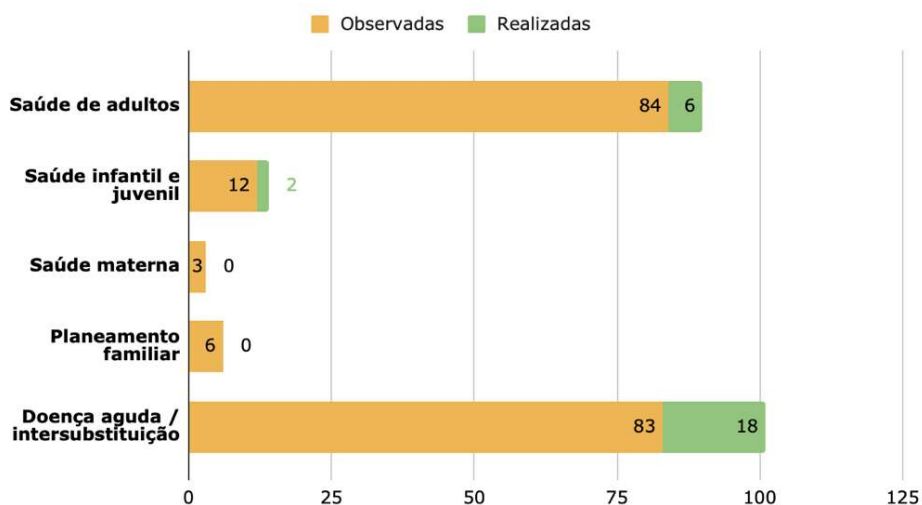


Tabela 6.2. Principais problemas observados nas consultas no estágio de MGF

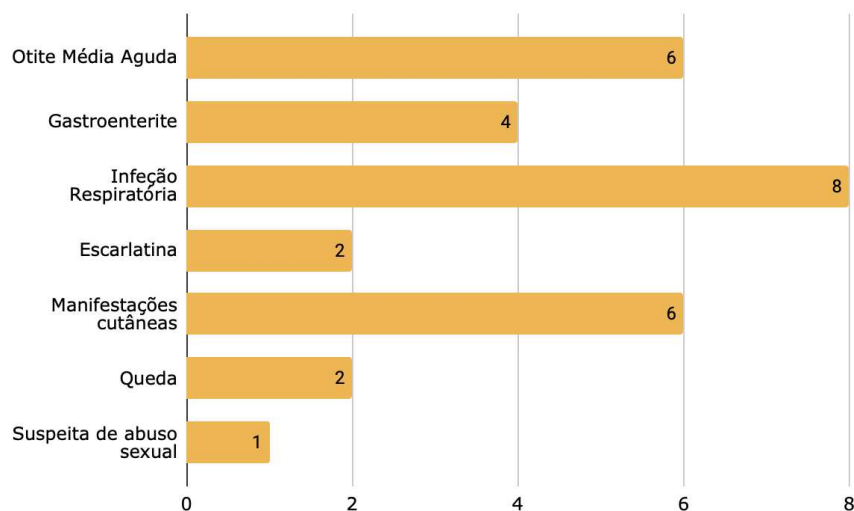
Principais problemas nas consultas observadas	Número de Consultas
Alteração do metabolismo dos lípidos (T93)	72
Excesso de peso (T83)	65
Hipertensão Arterial sem complicações (K86)	54
Infeção Respiratória Superior Aguda (R74)	52
Diabetes Não Insulino-dependente (T90)	51
Abuso de tabaco (P17)	43
Hipertensão Arterial com complicações (K87)	32
L03 - Sintoma/Queixa da região lombar (L03)	24
Cistite/Infeção urinária outra (U71)	22
Dor/Cólica abdominal generalizada (D01)	19

Anexo 7 – Casuística do Estágio de Pediatria

Tabela 7.1. Enfermaria - Motivos de Internamento dos doentes observados

Sexo	Idade	Diagnóstico Principal/Motivo de Internamento
F	15 anos	Atrésia intestinal
M	7 meses	Atrésia esofágica
F	7 meses	Síndrome Intestino curto
F	4 anos	Gastroenterite complicada + gastriquisis
M	12 anos	Ingestão cáusticos + desnutrição grave
F	2 anos	Enterocolite Necrotizante
M	5 meses	Doença de Hirschprung
M	8 anos	Atrésia intestinal + infeção de cateter

Gráfico 7.2. Serviço de Urgência – Motivos de ida ao SU



Anexo 8 – Casuística do Estágio de Ginecologia e Obstetrícia

Gráfico 8.1. Tipologia de Consulta Externa observada

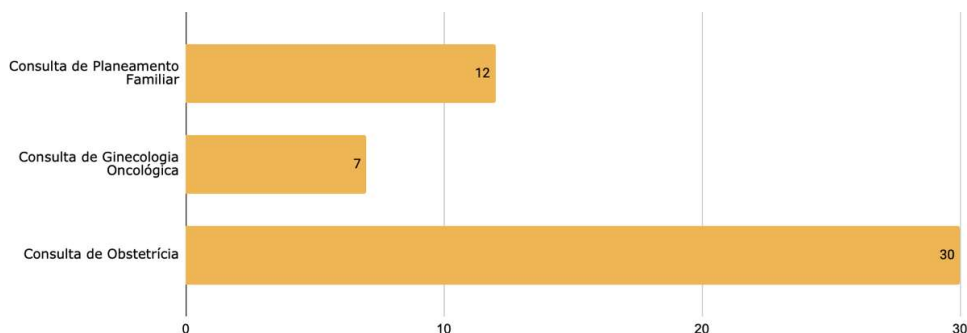


Gráfico 8.2. Enfermaria – Motivos de Internamento

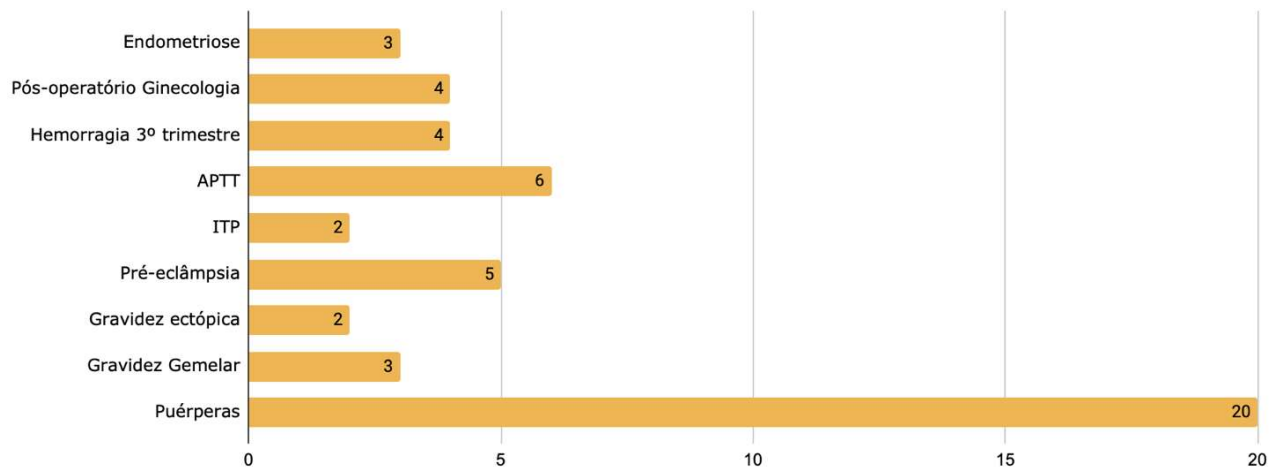


Gráfico 8.3. Técnicas de diagnóstico e terapêutica observadas

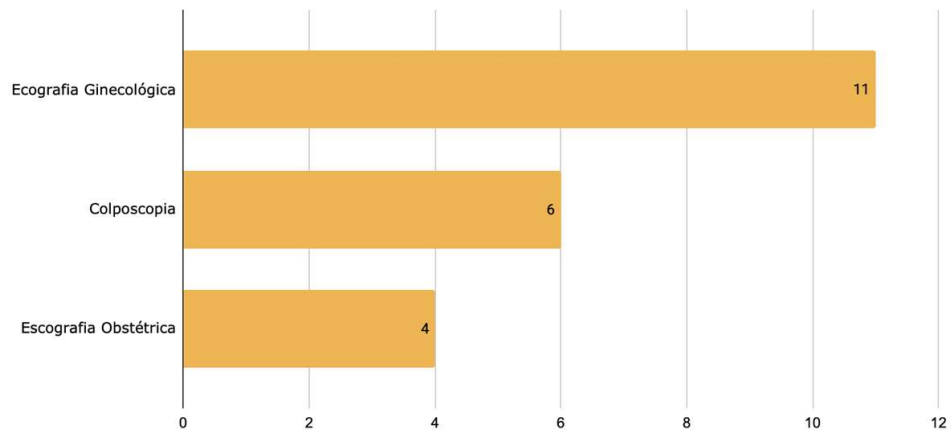


Gráfico 8.4. Serviço de Urgência – Motivos de ida ao SU

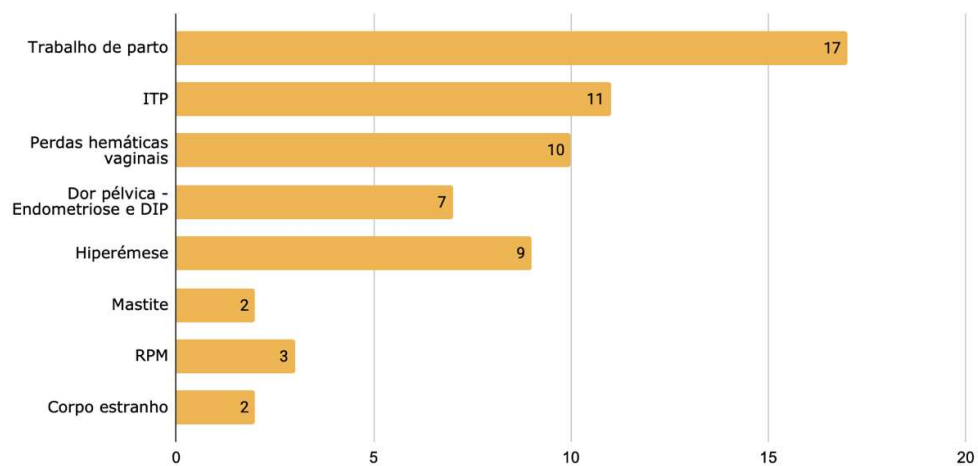
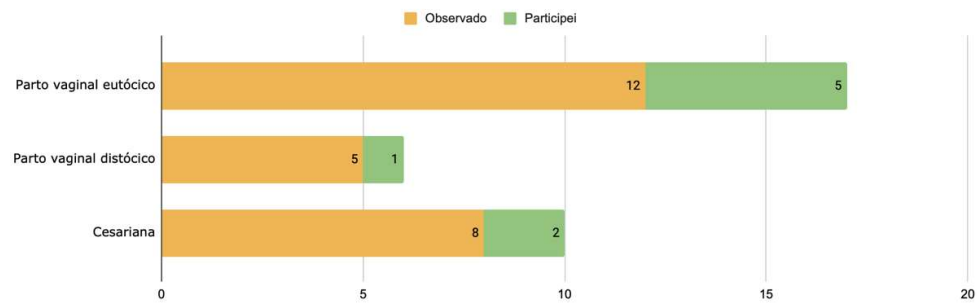


Gráfico 8.5. Bloco de Partos – Partos observados e realizados



Anexo 9 – Certificados

9.1. Certificado de participação no curso TEAM



Certificado

Pelo presente se certifica que

ANA RITA DE ABREU PRETO FERNANDES

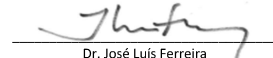
assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 14 e 15 de Setembro de 2023.

O Curso "TEAM" está integrado no currículo do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É organizado pelo ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, segundo

o formato educativo proposto pelo American College of Surgeons para estudantes de Medicina.


Professor Doutor Rui Maio
Regente U.C. Cirurgia Estágio


Dr. José Luís Ferreira
Coordenador do TEAM/NMS | FCM-UNL

www.atlsportugal.org, Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, atlsportugal@gmail.com
O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons

9.2. Certificado de participação na Sessão de Simulação da Luz Learning Health



Certificado de
participação

Ana Rita De Abreu Preto Fernandes

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Setembro 2023

Presencial | 26 de Setembro de 2023 | 3 horas

Código de certificado: C-6502eb0ca0152

Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth
Avenida Lusíada, 100, Edifício C, Piso -1 • 1500-650 Lisboa • Portugal
T. +351 217 104 544 • M. +351 967 072 745 • E. learninghealth@hospitaldaluz.pt

LUZ SAÚDE

9.3. Participação em Congressos e Palestras

9.3.1. Certificado de participação nas Jornadas de Medicina Desportiva



Jornadas da Medicina Desportiva
— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

MedUBI - Núcleo de Estudantes de Medicina da UBI Faculdade de Ciências da Saúde Rua Infante D. Henrique 6200-506 Covilhã	
--	---

NOME

Ana Rita De Abreu Preto Fernandes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	CÓDIGO DE CERTIFICADO
15166793	C-608c0d1f78a94

Evento

Jornadas da Medicina Desportiva
07-05-2021 09:45 → 08-05-2021 19:30

Nos próximos dias 7 e 8 de maio irá ocorrer a primeira edição das Jornadas da Medicina Desportiva, com o objetivo explorar as várias áreas onde a Medicina e o Desporto se entrelaçam. Sabes prescrever exercício físico? Sabes avaliar um atleta e que recomendações lhe deves fazer? Como agirias perante uma emergência em campo? Vês uma entorse, e agora?! Anda descobrir a resposta a estas e muitas outras questões connosco! Contamos com um painel de oradores que inclui grandes nomes da Medicina Desportiva e especialistas em diversas áreas relacionadas com esta especialidade.

Atividades frequentadas

Pacote Premium: Palestras + Workshop 'Entorses e Luxações' 07-05-2021 15:10 → 07-05-2021 16:10 Workshop com o Dr. Diogo Santos.
--

9.3.2. Certificado de participação no iMed Conference 14.0.



iMed Conference® 14.0 Lisbon 2022 I Lectures + Workshops



— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

AENMS - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa

NOME

Ana Rita De Abreu Preto Fernandes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15166793

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-633dfea733662

Evento

iMed Conference® 14.0 Lisbon 2022 I Lectures + Workshops

12-10-2022 14:00 → 16-10-2022 14:30

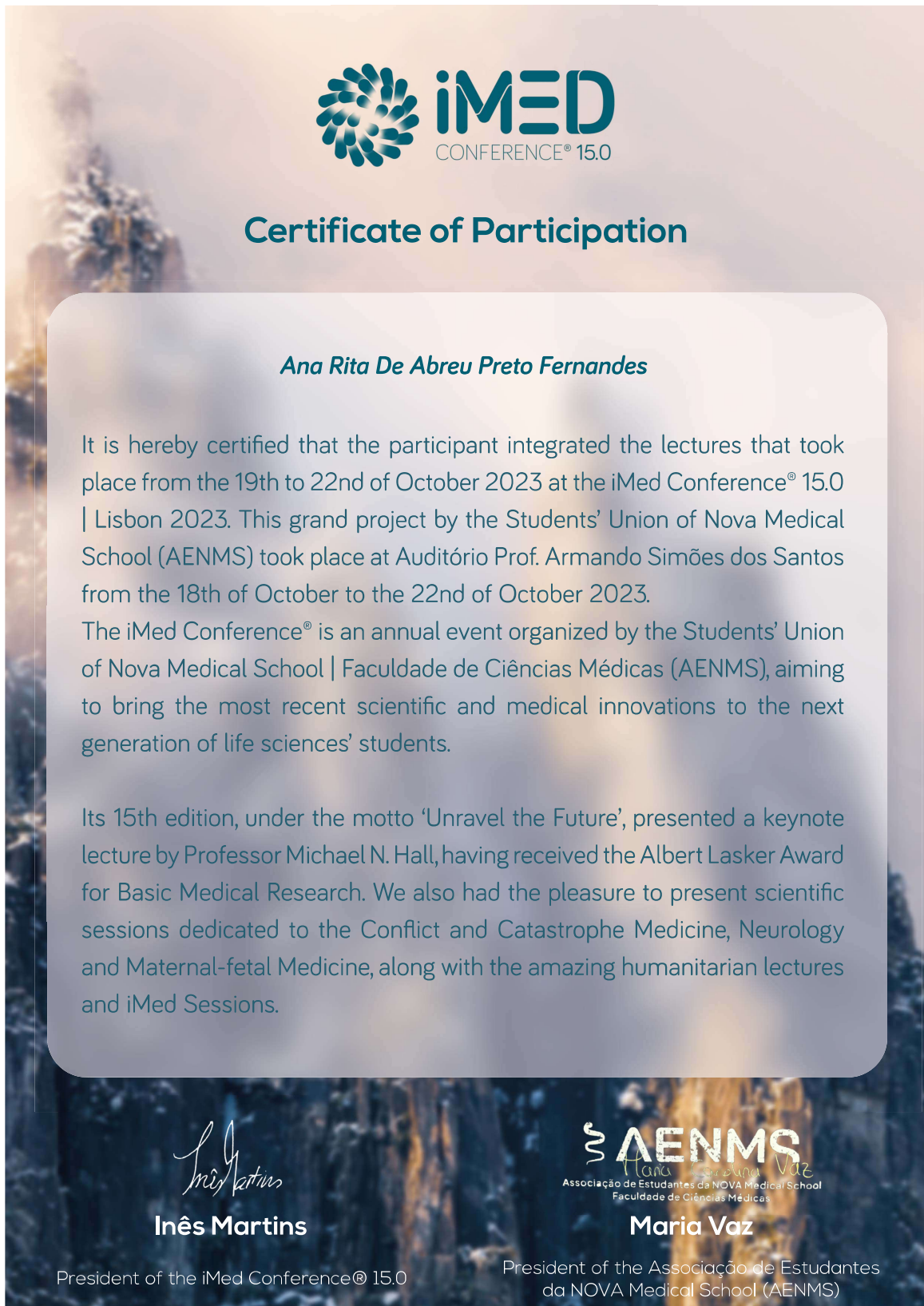
iMed Conference® 14.0 Lisbon 2022 I Lectures + Workshops

The iMed Conference® 14.0 I Lisbon 2022 will take place between the 12th and 16th of October at NOVA Medical School I Faculdade de Ciências Médicas and Teatro Camões.

Prepare for groundbreaking lectures, practical workshops and challenging competitions!

aenms.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

9.3.4. Certificado de participação no iMed Conference 15.0.





Certificate of Participation

Participant: **Ana Rita de Abreu Preto Fernandes**

Workshop: **Wired: Vascular Surgery**

It is hereby certified that the participant integrated the workshop designated above on the **18th of October** of 2023 at the iMed Conference® 15.0 | Lisbon 2023. This grand project by the Students' Union of Nova Medical School (AENMS) took place at Auditório Prof. Armando Simões dos Santos from the 18th of October to the 22nd of October 2023.

The iMed Conference® is an annual event organized by the Students' Union of Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AENMS), aiming to bring the most recent scientific and medical innovations to the next generation of life sciences' students.

Its 15th edition, under the motto 'Unravel the Future', presented a keynote lecture by Professor Michael N. Hall, having received the Albert Lasker Award for Basic Medical Research. We also had the pleasure to present scientific sessions dedicated to the Conflict and Catastrophe Medicine, Neurology and Maternal-fetal Medicine, along with the amazing humanitarian lectures and iMed Sessions.

A handwritten signature in black ink, reading 'Inês Martins'.

Inês Martins

President of the iMed Conference® 15.0

The logo for AENMS (Associação de Estudantes da NOVA Medical School) features a stylized caduceus symbol to the left of the text 'AENMS' in a bold, sans-serif font. Below 'AENMS' is the text 'Associação de Estudantes da NOVA Medical School' and 'Faculdade de Ciências Médicas' in smaller fonts.

Maria Vaz

President of the Associação de Estudantes
da NOVA Medical School (AENMS)



Certificate of Participation

Participant: **Ana Rita de Abreu Preto Fernandes**

Workshop: **The Scoliosis Surgery Experience**

It is hereby certified that the participant integrated the workshop designated above on the **19th of October** of 2023 at the iMed Conference® 15.0 | Lisbon 2023. This grand project by the Students' Union of Nova Medical School (AENMS) took place at Auditório Prof. Armando Simões dos Santos from the 18th of October to the 22nd of October 2023.

The iMed Conference® is an annual event organized by the Students' Union of Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AENMS), aiming to bring the most recent scientific and medical innovations to the next generation of life sciences' students.

Its 15th edition, under the motto 'Unravel the Future', presented a keynote lecture by Professor Michael N. Hall, having received the Albert Lasker Award for Basic Medical Research. We also had the pleasure to present scientific sessions dedicated to the Conflict and Catastrophe Medicine, Neurology and Maternal-fetal Medicine, along with the amazing humanitarian lectures and iMed Sessions.

A handwritten signature in black ink, reading 'Inês Martins'.

Inês Martins

President of the iMed Conference® 15.0

The logo for AENMS (Associação de Estudantes da NOVA Medical School) features a stylized caduceus symbol to the left of the text 'AENMS' in a bold, sans-serif font. Below 'AENMS' is the text 'Associação de Estudantes da NOVA Medical School' and 'Faculdade de Ciências Médicas' in smaller fonts.

Maria Vaz

President of the Associação de Estudantes da NOVA Medical School (AENMS)

9.3.5. Certificado de participação no 3º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz



3º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz

— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusíada 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME

Ana Rita De Abreu Preto Fernandes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15166793

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-65c0ff083a06f

Evento

3º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz

23-02-2024 08:30 → 24-02-2024 18:00 - Duração: 12 horas

Este Congresso contará com a presença de especialistas nacionais, reconhecidos pela sua experiência em áreas específicas da Cirurgia, em conjunto com as suas equipas multidisciplinares que se dedicam diariamente às áreas cirúrgicas nas unidades do Grupo Luz Saúde.

Nesta 3ª edição voltam a ser associados 4 cursos teórico-práticos de diferentes especialidades, e há semelhança da edição de 2023, os participantes podem submeter trabalhos para apresentação no Congresso.

learninghealth.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

9.4. Participação Desportiva e Associativa

9.4.1. Certificado da Equipa de Voleibol da NMS|FCM



CERTIFICADO

A Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AENMS) certifica que Ana Rita de Abreu Preto Fernandes, CC no 15166793, foi atleta integrante da equipa de Voleibol Feminino da AENMS, entre os anos letivos de 2018/2019 e 2020/2021.

Lisboa, 13 de junho de 2024



9.4.2. Certificado de colaboradora da AENMS – Departamento Recreativo



CERTIFICADO

A Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AENMS) certifica que Ana Rita de Abreu Preto Fernandes, CC nº 15166793, foi colaboradora do departamento Recreativo da AENMS, durante o mandato de 2021.

Lisboa, 10 de junho de 2024

