



# RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**Mestrado Integrado em Medicina**  
**UC Estágio Profissionalizante**

Regente: Professor Doutor Rui Maio

Orientador: Professor Doutor António Panarra

6º ano | Nova Medical School | 2024/2025

---

Diogo Alberto Rodrigues Neno  
2019232

## Índice

1. Introdução e Objetivos.....	3
2. Estágio Profissionalizante.....	3
2.1. Estágio de Cirurgia Geral.....	4
2.2. Estágio de Medicina Interna.....	4
2.3. Estágio de Ginecologia e Obstetrícia.....	5
2.4. Estágio de Saúde Mental.....	6
2.5. Estágio de Medicina Geral e Familiar.....	7
2.6. Estágio de Pediatria.....	7
3. Elementos valorativos.....	8
4. Posicionamento crítico.....	8
5. Glossário.....	11
6. Anexos.....	12
Anexo 1 - Cronograma do estágio profissionalizante.....	12
Anexo 2 - Casuística relativa aos doentes observados em cada estágio parcelar e valência..	12
Anexo 3 - Trabalhos do Estágio Profissionalizante.....	14
Tabela 3.1 - Trabalhos realizados durante o estágio profissionalizante.....	14
3.2. Slides “Lisboa-Paris-Argélia: a melhor receita para pneumotórax.....	15
3.3. Slides “Complicações agudas da diabetes”.....	16
3.4. Slides “Doença gestacional do trofoblasto”.....	18
3.5. Slides “Apresentação Caso Clínico”.....	20
3.6. Slides “Complicações pulmonares crónicas da drepanocitose”.....	21
Anexo 4 - Certificados.....	22
4.1. Certificado de Participação no curso TEAM (Trauma Evaluation and Airway Management).....	22
4.2. Certificado de Participação na Sessão de Simulação Luz Learning Health.....	23
4.3. Certificado de Participação no Workshop “Eletrocardiografia”.....	23
4.4. Certificado de Conclusão do Nível Alemão B2.2.....	24
4.5. Certificado de Participação CEMEF - Curtos Estágios Médicos em Férias.....	25

## 1. Introdução e Objetivos

Com base no documento *O Licenciado Médico em Portugal*<sup>1</sup>, é expectável que o estudante médico, pré-graduado, tenha adquirido findo o mestrado integrado, uma base de conhecimentos associada a aptidões, atitudes e também valores. Tendo em conta os objetivos delimitados por este documento, assim como pelo documento *The Tuning Project*<sup>2</sup>, defini como objetivos gerais aos estágios parcelares do 6º ano: 1) consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Medicina; 2) praticar a colheita de anamnese e realização de exame objetivo com a finalidade de identificar os problemas médicos dos doentes, assim como saber geri-los adequadamente; 3) ter em conta o “doente em situação”, integrando os seus problemas de saúde nos vários contextos em que se insere de acordo com uma abordagem biopsicossocial; 4) prevenir a doença e promover a saúde, a nível individual, populacional e pessoal; 5) praticar competências de comunicação com os doentes e as suas famílias, na transmissão de informação e construção da relação terapêutica médico-doente; 6) praticar competências de comunicação, trabalho em equipa e articulação de cuidados com outros profissionais de saúde; 7) saber utilizar os sistemas informáticos de saúde na introdução e recuperação dos dados, prescrição de exames e de terapêutica; 8) identificar e corrigir lacunas no meu conhecimento e competências práticas, procurando atualizar-me e ganhar experiência. Neste relatório apresento as atividades realizadas ao longo dos vários estágios parcelares, interpretando-as à luz dos objetivos propostos no posicionamento crítico.

## 2. Estágio Profissionalizante

O estágio profissionalizante, sob regência do Professor Doutor Rui Maio, compreende 32 semanas divididas entre os 6 estágios parcelares de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental, Medicina Geral e Familiar e Pediatria. No presente capítulo descreverei as atividades que realizei em cada um dos estágios pela ordem cronológica em que foram realizados.

---

1 Victorino RM et al.; *O Licenciado Médico em Portugal – Core Graduates Learning Outcomes Project*; Coord. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2005

2 Cumming, A.; Ross, M.; *The Tuning Project (Medicine) - Learning outcomes / competences for undergraduate medical education in Europe*; ResearchGate, 2008.

## **2.1. Estágio de Cirurgia Geral**

O meu estágio de Cirurgia Geral decorreu no HFAR, tendo estabelecido como objetivos: 1) aprofundar o meu conhecimento de abordagem diagnóstica e terapêutica à patologia cirúrgica mais comum; 2) praticar competências comunicacionais com o doente e os restantes profissionais de saúde; 3) praticar técnicas de assépsia, anestesia local e pequena cirurgia.

Durante os meus dias no internamento eram-me atribuídos 1-2 doentes, sendo responsável pela sua observação clínica e proposta de diagnóstico e terapêutica. No bloco operatório observei no total 17 cirurgias e tive a oportunidade de participar como 2º ajudante em 6 casos, durante os quais pratiquei técnica asséptica, corte de fios, realização de suturas e mobilização da câmara de laparoscopia. No bloco de ambulatório observei sobretudo excisões de quistos sebáceos (n=5), nas quais também tive oportunidade de participar (n=3) e praticar a técnica asséptica, administração de anestesia local e realização de suturas simples e donatti. Do bloco de ambulatório destaco ainda a observação da colocação de um dreno torácico no contexto de pneumotórax, e de um bloqueio de nervo genitofemoral no contexto de hiperestesia escrotal após hernioplastia inguinal. Na consulta externa pude observar primeiras consultas e consultas de pós-operatório. Mantive pouco contacto com o serviço de urgência, tendo observado apenas 2 casos neste contexto. A vertente prática deste estágio foi ainda complementada pela presença na consulta de senologia, e durante uma semana nas atividades da cirurgia vascular, nomeadamente consulta externa e bloco operatório.

Na componente teórico-prática estive presente nas visitas ao centro de epidemiologia e intervenção preventiva, secção de treino fisiológico da força aérea portuguesa, e centro de medicina subaquática e hiperbárica, tendo sido introduzido neste último à oxigenoterapia hiperbárica e suas indicações terapêuticas, no curso TEAM organizado pela ATLS Portugal, que me permitiu consolidar bases teóricas e práticas da abordagem ABCDE ao doente politraumatizado ao longo dos 2 dias, e nas sessões de simulação no HLL viradas para o treino de técnicas de sutura, abordagem da via aérea e introdução à colocação de CVC guiada por ecografia.

A avaliação do estágio consistiu numa apresentação no mini-congresso intitulada “Lisboa-Paris-Argélia: a melhor receita para pneumotórax”.

## **2.2. Estágio de Medicina Interna**

Neste estágio integrei a equipa médica do serviço de Medicina 7.2 do Hospital Curry Cabral. Para este estágio defini como objetivos: 1) Desenvolver a capacidade de raciocínio clínico e gestão do doente internado; 2) Desenvolver competências de comunicação e trabalho em equipa com outros profissionais de saúde; 3) Familiarizar-me com as plataformas de registo de dados clínicos.

A maior parte deste estágio foi passado na enfermaria de Medicina, onde me eram atribuídos 1-3 doentes diariamente, dos quais era depois responsável, sob supervisão e com autonomia

crescente ao longo das 8 semanas, pela gestão clínica, incluindo a colheita de anamnese e realização de exame objetivo, pedido e interpretação de exames complementares de diagnóstico, e redação dos registos clínicos. No final da manhã discutia os doentes a meu cargo com a equipa médica e era elaborado o plano para os dias seguintes em relação à investigação e terapêutica a realizar. Ao longo do estágio realizei também pontualmente gasimetrias arteriais e notas de entrada/alta, e apresentei na reunião de serviço 2 casos de patologias menos frequentes no internamento de Medicina. Passei também pela consulta de doenças autoimunes, e pelo serviço de observação do SU do HSJ. Apesar do baixo número de casos observados no serviço de urgência (n=6), alguns dos casos distintos com que contactei incluíram uma cardioversão elétrica de flutter auricular com RVR numa doente com dextrocardia, e um caso de síndrome de hiperalgesia a opioides.

A avaliação final do estágio consistiu numa apresentação em conjunto com os meus colegas Joana Vidal, Manuel Gomes e Beatriz Morgado, sobre as complicações agudas da diabetes.

### **2.3. Estágio de Ginecologia e Obstetrícia**

O meu estágio de ginecologia e obstetrícia decorreu na MAC, onde passei 4 semanas, igualmente distribuídas entre a obstetrícia e a ginecologia. Como objetivos específicos deste estágio saliento: 1) capacidade de realizar a vigilância da gravidez de baixo risco, aconselhar a grávida e reconhecer de sinais de alarme para referência; 2) observar e participar na realização de partos eutócicos e distócicos; 3) Saber realizar o exame obstétrico e ginecológico; 4) Saber procurar sinais de alarme pós-parto e realizar aconselhamento da puérpera; 5) Aprofundar o meu conhecimento da patologia ginecológica e obstétrica mais frequente.

Ao longo do estágio foi-me dada a oportunidade de passar pelas várias valências disponíveis na Maternidade Alfredo da Costa. Uma grande parte do estágio foi passada na consulta de gravidez de alto risco e de doenças hipertensivas da gravidez, em que observei 43 grávidas. Ainda que cada consulta se apresentasse com especificidades relacionadas com a patologia de base, pude rever a vigilância da gravidez de baixo risco que estava sempre subjacente, assim como realizar a medição de altura uterina e da frequência cardíaca fetal. Estive ainda presente nas consultas de ginecologia geral onde observei a colheita de anamnese e realização de exame objetivo ginecológico e mamário, e na qual contactei com queixas comuns como a hemorragia uterina anómala mas também com síndromes complexas como a síndrome de Mayer-Rokitansky, e onde pude rever as especificidades e contraindicações dos contraceptivos orais combinados. No bloco operatório de obstetrícia tive a oportunidade de participar como ajudante em 2 cesarianas, permitindo-me adquirir uma melhor perspectiva deste procedimento. Já no bloco de ginecologia assisti a cirurgia uroginecológica e a remoção de miomas uterinos, 1 dos quais com 20cm de diâmetro. No bloco de histeroscopia-laser observei a realização de biópsias e polipectomias do endométrio, de conizações e de excisões a laser de lesões dermatológicas. A presença na enfermaria do puerpério, onde tive a oportunidade de realizar a avaliação e

aconselhamento, sob autonomia parcial, de algumas das mulheres puérperas, permitiu-me praticar a exclusão de complicações pós-parto e comunicação de cuidados e contraceção. Estive também presente no serviço de urgência e na sala de partos, tendo apenas observado 1 parto eutócico.

Particpei ainda na sessão de formação sobre mutilação genital feminina intitulada “Vamos cortar com a Tradição”, que foi realizada no dia internacional da tolerância zero à mutilação genital feminina, e que contou com oradores das comunidades étnicas e religiosas afetadas pela prática, que partilharam a sua dimensão sociocultural, assim como com profissionais de saúde que partilharam as suas experiências e orientações sobre como gerir casos que nos possam aparecer na prática clínica.

A avaliação do estágio constou na apresentação de um trabalho sobre doença gestacional trofoblástica baseado num caso que acompanhei na consulta de patologia hipertensiva, que realizei em conjunto com os meus colegas Ana Teresa Fonseca e Pedro Fonseca.

#### **2.4. Estágio de Saúde Mental**

O meu estágio de saúde mental realizou-se na ULS Lisboa Ocidental, durante o qual fui orientado pelo Dr. André Ribeirinho inicialmente e pelo Dr. Daniel Sousa na porção final das 4 semanas. Este estágio dividiu-se de forma igual pela consulta externa e serviço de urgência. Como objetivos para este estágio defini: 1) Identificar a presença de sintomatologia psiquiátrica; 2) desenvolver aptidão para realização do exame do estado mental; 3) desenvolver aptidão para diagnosticar e gerir as patologias psiquiátricas mais frequentes. Na componente prática deste estágio estive presente nas consultas de psiquiatria geral nas Unidades de Saúde Mental do Dafundo e de Oeiras, nas consultas de sexologia e internamento do HEM, e no SU do HSF. Ao longo de todo o estágio observei um largo espectro da patologia psiquiátrica mais frequente. Contactei pela primeira vez no curso com a gestão de casos de pessoas com incongruência de género. Observei a realização de história clínica e exame do estado mental no contexto de consulta e de SU, algo que me capacitou depois para a colheita da história clínica no internamento do HEM de forma autónoma.

Na componente formativa destaco as sessões clínicas do serviço de Psiquiatria da ULS Lisboa Ocidental, que se debruçaram sobre perturbação de personalidade borderline ao longo do ciclo de vida do indivíduo e o impacto na geração seguinte, e sobre a relação entre a exposição a vírus, bactérias e parasitas e o desenvolvimento de perturbação obsessivo-compulsiva.

A avaliação deste estágio consistiu na elaboração da história clínica supracitada, tendo para este efeito realizado e praticado a colheita de anamnese, realização de exame do estado mental e exploração do diagnóstico diferencial de perturbações psicóticas/aditivas e sua abordagem.

## **2.5. Estágio de Medicina Geral e Familiar**

Durante as 4 semanas do estágio de MGF na USF Areeiro defini como objetivos principais: 1) compreender os conceitos de saúde preventiva e promoção da saúde; 2) desenvolver competências de comunicação; 3) desenvolver autonomia na avaliação e gestão dos problemas médicos mais frequentes em cuidados de saúde primários; 4) desenvolver aptidão para identificar sinais de alarme para referência ao serviço de urgência; 5) compreender o conjunto de fatores que contribuem para a saúde e doença numa perspetiva biopsicossocial. Ao longo do estágio acompanhei as consultas do meu tutor e também de outras médicas da USF, totalizando 88 consultas, divididas em consultas de saúde do adulto (n=47), consultas de saúde infantil (n=9), consultas de saúde materna (n=3), de planeamento familiar (n=5), e de doença aguda/intersubstituição (n=24), durante as quais realizava exame objetivo, colaborando pontualmente na elaboração dos registos.

Tive também a oportunidade de realizar 18 consultas sob autonomia parcial, nas quais procedia à colheita de anamnese e realização de exame objetivo autonomamente, consultando depois o meu tutor com os achados e discutindo com ele o diagnóstico mais provável e a abordagem a realizar. Depois de terminada cada consulta, realizava os registos e pedia feedback ao meu tutor acerca de dúvidas e pontos a melhorar. Quer nestas quer nas consultas que observei, procurava questionar os utentes acerca dos seus hábitos e verificar a atualização do plano vacinal e de rastreios.

A avaliação deste estágio consistiu na elaboração de um caso-clínico incluindo um plano de abordagem a curto e médio-longo prazo, com base na entrevista realizada a um doente que se apresentou na consulta de saúde do adulto.

## **2.6. Estágio de Pediatria**

O meu estágio de Pediatria foi realizado no HDE, tendo definido como objetivos principais: 1) conhecer as patologias mais comuns em idade pediátrica e sua abordagem; 2) praticar a comunicação com a criança e os cuidadores; 3) realizar a anamnese e exame objetivo no doente pediátrico; Acompanhei a minha tutora nas consultas de pneumologia e sono, nas quais observei 23 crianças, na sua maioria seguidas por suspeita ou diagnóstico de SAOS. Passei também cerca de  $\frac{1}{3}$  do estágio no internamento de pneumologia onde acompanhei 10 crianças na observação diária, tendo também participado na elaboração do registos de duas destas. No serviço de urgência acompanhei 39 crianças, tendo realizado de forma semi-autónoma 7 consultas. Estive ainda presente num dos dias nas consultas de imunoalergologia. Em todas estas valências tive oportunidade de realizar anamnese e exame objetivo. No serviço de urgência e internamento realizei ainda algumas gasometrias capilares.

Na componente formativa do estágio, participei ao longo das 4 semanas nas sessões clínicas apresentadas pelas equipas médicas dos vários serviços e especialidades do HDE e na sessão sobre imunoalergologia e anafilaxia.

No final do estágio apresentei em conjunto com as minhas colegas Pilar Pegas, Matilde Gonçalves, e Eva Caires, o trabalho “Complicações pulmonares crónicas da drepanocitose”, no seminário que decorreu no HDE.

### 3. Elementos valorativos

A partir do 3º ano e tendo em vista a possibilidade de abertura de novas oportunidades e de maior acesso a informação, comecei a ter aulas de alemão inicialmente online com a Languagecraft, e no nível B2.1 e B2.2 presencialmente no Goethe Institut em Lisboa, tendo atingido até à data este último nível. Realizei também no final do ano letivo de 2023/2024 um estágio de verão CEMEF no serviço de Imagiologia do HVFX, durante o qual tive oportunidade de observar o funcionamento do serviço, realização e interpretação de ecografias abdominais e mamárias, biópsias tiroideias ecoguiadas, radiografias torácicas e mamárias, e tomografias computadorizadas.

### 4. Posicionamento crítico

Depois de descritas as atividades dos estágios parcelares, termino o relatório com uma reflexão destas em relação aos objetivos propostos.

O **EP de Cirurgia Geral** foi o primeiro do estágio profissionalizante e permitiu-me pela primeira vez no mestrado integrado, experienciar verdadeiramente o papel de cirurgião e o ambiente do bloco. Neste estágio consegui desenvolver além de competências técnicas, também competências de comunicação, nomeadamente na enfermaria onde tive oportunidade de, pela primeira vez no curso, realizar a gestão do doente internado sob autonomia parcial. Na enfermaria, a integração na equipa médica foi essencial para a prática do trabalho em equipa, e permitiu-me também lidar com a falta de confiança e de experiência. Por outro lado e tendo em conta os escassos tempos de bloco de ambulatório, considero não ter desenvolvido suficientemente e consolidado competências em técnicas de pequena cirurgia e anestesia local. Além disto, a parca frequência do serviço de urgência impossibilitou o contacto com patologia cirúrgica urgente e emergente, tendo somente tido contacto com 2 casos no SU do HFAR e assistido a apenas uma cirurgia urgente e um caso de abdómen agudo na consulta externa. Considero ainda que tive pouco contacto com patologia hepática e colorretal.

O **EP de Medicina Interna** permitiu-me aprofundar e desenvolver progressivamente uma maior autonomia e capacidade de gestão do doente internado. Ainda que inicialmente me sentisse pouco confiante, a integração na equipa médica deu-me abertura a colocar dúvidas e discutir casos de modo a conseguir melhor lidar com a incerteza e ganhar confiança, tendo a meu ver facilitado a minha evolução do ponto de vista de organização e eficiência no momento da discussão dos doentes. O elevado nível de complexidade de alguns destes doentes que se

apresentavam com múltiplas comorbilidades contribuiu não só para o meu conhecimento destas patologias mas também da forma como se interligavam, levando ao desenvolvimento do meu raciocínio clínico. Considero que a maior falha deste estágio foi a baixa presença no serviço de urgência, que levou a que tivesse muito pouco contacto prático com patologia médica urgente e emergente. Esta é uma valência que é absolutamente essencial à estrutura dos cuidados de saúde, sobretudo atualmente tendo em conta o deteriorar da disponibilidade de cuidados de saúde primários, e por isso acredito estar menos capacitado a identificar, priorizar e gerir situações médicas emergentes findo o estágio profissional em relação ao que seria de esperar.

O meu **EP de Ginecologia e Obstetrícia** foi bastante completo a meu ver, tendo conseguido estar presente em muitas das valências desta especialidade. Apesar disto notei uma diminuição no grau de autonomia em relação aos estágios anteriores, algo compreensível tendo em conta a especificidade da especialidade e o seu carácter mais sensível, mas ainda assim considero que contactei com um grande espectro de patologia ginecológica e obstétrica. Tive a oportunidade de praticar o exame ginecológico, mas apenas pontualmente, não me sentindo por isso apto a fazê-lo autonomamente. Sinto ainda que saio do estágio profissionalizante com bom conhecimento do seguimento em obstetrícia tendo em conta o elevado número de grávidas que observei na consulta de gravidez de alto risco. Como ponto negativo saliento tendo assistido a apenas 1 parto eutócico.

O **EP de Saúde Mental** foi aquele em que tive o menor grau de autonomia, tendo apenas conseguido praticar algumas competências desta especialidade aquando da colheita da história clínica. Ainda assim acredito ter contactado com um número significativo das patologias psiquiátricas mais frequentes. A presença na consulta lembrou-me do papel essencial da relação médico-doente no sucesso terapêutico e na satisfação dos doentes. Tendo observado um grande número de casos na consulta e serviço de urgência sinto que saio do estágio profissional familiarizado com a realização de anamnese em psiquiatria e com o diagnóstico e abordagem das patologias psiquiátricas mais comuns.

O **EP de Medicina Geral e Familiar** permitiu-me consolidar conhecimentos e competências de medicina preventiva, ter contacto com as patologias mais frequentes nos cuidados primários, e também enquadrá-las em fatores externos ao doente numa perspetiva biopsicossocial. Neste estágio foi-me possível realizar um número significativo de consultas sob autonomia parcial, permitindo-me melhor identificar lacunas em termos teóricos e de competências práticas e de comunicação. Sinto que ganhei com o facto de as consultas que realizei terem sido sobretudo de doença aguda em que o foco era o diagnóstico diferencial, contribuindo assim para o desenvolvimento do meu raciocínio clínico. Além disso nas consultas que observei, muitas vezes de utentes já conhecidos dos assistentes que estava a acompanhar, apercebi-me do valor deste acompanhamento a longo prazo numa perspetiva de criação de uma relação médico-doente, de deteção de fatores de risco numa perspetiva holística do doente, e no fundo de melhores

outcomes e melhor satisfação dos utentes. Apesar de ter encontrado neste estágio muito substrato para evolução pessoal de competências enquanto futuro médico, considero que, sendo fundamental à boa prática da medicina geral e familiar um carácter mais relacional, esta é uma especialidade que não se adequa tão bem à minha personalidade.

O meu **EP de Pediatria** no HDE permitiu-me rever os conhecimentos desta área e praticar a anamnese e exame objetivo no doente pediátrico. Grande parte do estágio foi passado na área de pneumologia, pelo que considero ter tido pouco contacto com todo o espectro da área de pediatria médica em contexto de consulta e internamento. Esta falha foi sobretudo colmatada no serviço de urgência, onde observei uma quantidade considerável de crianças e ainda tive a oportunidade de realizar algumas das consultas sob autonomia parcial, pelo que considero que foi aqui que tive mais oportunidades de aprendizagem. Apesar de ao longo das 4 semanas ter aprendido técnicas para facilitar a comunicação e a examinação da criança, o nível de incerteza acrescido que vem muitas vezes com a dificuldade a estes níveis e o aparente nível de responsabilidade acrescido, levaram a que achasse esta especialidade especialmente desafiante. Ao todo considero ter cumprido globalmente os objetivos gerais e de cada estágio parcelar, e acredito ter assim conseguido as bases de apoio para a aprendizagem contínua que caracterizará a minha formação médica.

## 5. Glossário

CEMEF - Curtos Estágios Médicos Em Férias

CVC - Cateter Venoso Central

EP – Estágio Profissionalizante

GO - Ginecologia e Obstetrícia

HDE - Hospital Dona Estefânia

HEM - Hospital Egas Moniz

HFAR - Hospital das Forças Armadas

HLL - Hospital da Luz de Lisboa

HSFX - Hospital de São Francisco Xavier

HSJ - Hospital de São José

HVFX - Hospital Vila Franca de Xira

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

MGF - Medicina Geral e Familiar

RVR - resposta ventricular rápida

SAOS - Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

SU - Serviço de Urgência

TEAM - Trauma Evaluation and Management

ULS – Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

## 6. Anexos

### Anexo 1 - Cronograma do estágio profissionalizante

Estágio Parcelar	Coordenador do Estágio	do	Local Estágio	de	Tutor	Período de Estágio
<b>Cirurgia Geral</b>	Professor Doutor Rui Maio		HFAR		Dr. Pedro Campos	09/09/24 a 01/11/24
<b>Medicina Interna</b>	Professor Doutor António Mário Santos, Professor Doutor Pedro Póvoa		HCC		Dra. Sara Castro	04/11/24 a 20/12/24 e 06/01/25 a 10/01/25
<b>Ginecologia e Obstetrícia</b>	Professora Doutora Teresinha Simões		MAC		Dra. Sofia Rodrigues, Dra. Ana Bello	20/01/25 a 14/02/25
<b>Saúde Mental</b>	Professor Doutor António Talina		ULS Ocidental	Lisboa	Dr. André Ribeirinho, Dr. Daniel Sousa	17/02/25 a 14/03/25
<b>Medicina Geral e Familiar</b>	Professor Doutor Daniel Pinto		USF Areeiro		Dr. Francisco Sampaio	17/03/25 a 11/04/25
<b>Pediatria</b>	Professor Doutor Luís Varandas		HDE		Dra. Raquel Bragança	22/04/25 a 17/05/25

### Anexo 2 - Casuística relativa aos doentes observados em cada estágio parcelar e valência

Estágio	Valência	Número Total	Diagnósticos/motivos frequentes (n)	mais	
<b>Cirurgia Geral</b>	Internamento	40	Litíase vesicular (8), hérnia inguinal (8), hérnia umbilical (5)		
		Cirurgia Geral	47	Hérnia inguinal (15)	
		Senologia	6	Carcinoma invasivo luminal A (2), ginecomastia bilateral (1)	
	Consulta Externa	Cirurgia Vasculuar	29	Insuficiência venosa do membro inferior (16), doença arterial obstrutiva periférica (3)	
		Observei	11	Hernioplastia (7), herniorrafia (4), colecistectomia (2)	
	Bloco Operatório	Participei	6	Hernioplastia (2), herniorrafia (1), colecistectomia (1)	
	Bloco Cirurgia Vasculuar	Participei	2	Ablação térmica da veia safena interna e flebotomias (2)	

	Bloco Ambulatório		7	Excisão de quisto sebáceo (5)
	Serviço de Urgência		2	Sinus pilonidalis (1), adenopatia inguinal dolorosa (1)
<b>Medicina Interna</b>	Internamento		21	Patologias do foro genitourinário (7), neurológico (5), respiratório (5), cardiovascular (2)
	Consulta externa doenças autoimunes		25	Artrite reumatóide (5), LES (4), espondilite anquilosante (3), esclerose sistêmica (2), doença mista do tecido conjuntivo (2)
	Serviço de urgência		6	Patologias do foro cardiovascular (3), respiratório (2)
	Internamento medicina materno-fetal		4	PE sem critérios de gravidade (2)
	Internamento puerpério		16	Parto de termo eutócico (7), cesariana (6)
	Consulta externa doença hipertensiva da gravidez e gravidez alto risco		43	Hipertensão crônica (23), Hipertensão gestacional (3)
	Consulta ginecologia		13	Hemorragia uterina anômala (4), síndrome de Turner (2), menorragia (2)
<b>GO</b>	Bloco obstetria	Observei	2	Interrupção médica da gravidez (1), parto distócico (1)
		Participei	2	Cesariana (2)
	Bloco ginecologia	Observei	6	Histerectomia (3)
	Bloco histeroscopia/Laser		9	Conização (3), polipectomia (3)
	Bloco de infertilidade		5	Transferência de embrião após FIV (3), aspiração de ovócitos (2)
	Sala de partos		8	Parto eutócico (1)
	Serviço de urgência		8	Algias pélvicas (4)
	Consulta sexologia		6	Incongruência de gênero (n=5)
<b>Saúde Mental</b>	Consulta psiquiatria geral		32	Perturbações afetivas (14), Perturbações psicóticas (9), Perturbações de ansiedade (6)
	Serviço de urgência		11	Perturbações afetivas (3), Perturbações psicóticas (5), Perturbação de uso de álcool (3)
<b>MGF</b>	Consulta de saúde de adultos	Observei	47	Hipertensão sem complicações (12), alteração do metabolismo dos lípidos (10), abuso do tabaco (8), hipertensão com complicações (8)
		Realizei	2	Hipertensão sem complicações (1), hipertensão com complicações (1), excesso de peso (1), alteração do metabolismo dos lípidos (1),

				carcinoma gástrico (1)
	Consulta de saúde infantil e juvenil	Observei	9	Exame global de saúde (9)
	Consulta de saúde materna	Observei	3	Seguimento de gravidez não complicada (3)
	Consulta de planeamento familiar	Observei	5	Contraceção (5)
	Consulta de doença aguda/ intersubstituição	Observei	24	Patologia do foro respiratório (10), da pele (6), genitourinário (4)
		Realizei	16	Patologia do foro da pele (6), respiratório (5), genitourinário (3)
	Internamento	Observei	10	Patologia do foro respiratório (5), neurológico (5), gastrointestinal (2)
<b>Pediatria</b>	Consulta externa	Observei	25	Roncopatia/SAOS (13), Sibilância recorrente (2)
	Serviço de urgência	Observei	39	Patologia do foro respiratório (16), gastrointestinal (9), da pele (4), neurológico (4), genitourinário (3)

### Anexo 3 - Trabalhos do Estágio Profissionalizante

Tabela 3.1 - Trabalhos realizados durante o estágio profissionalizante

Estágio	Trabalho	Co-autores
<b>Cirurgia Geral</b>	Mini-congresso “Lisboa-Paris-Argélia: a melhor receita para pneumotórax”	Beatriz Morgado, Marta Malheiro
<b>Medicina Interna</b>	Complicações agudas da diabetes	Joana Vidal, Manuel Gomes, Beatriz Morgado
<b>GO</b>	Doença gestacional do trofoblasto	Ana Teresa Fonseca, Pedro Fonseca
<b>MGF</b>	Apresentação Caso Clínico	-
<b>Pediatria</b>	Seminário (Complicações pulmonares crónicas da drepanocitose)	Eva Caires, Matilde Gonçalves, Pilar Pegas

### 3.2. Slides “Lisboa-Paris-Argélia: a melhor receita para pneumotórax

## LISBOA- PARIS-ARGÉLIA A MELHOR RECEITA PARA PNEUMOTÓRAX

Estágio Parcelar de Cirurgia Geral | 6º ano Ano letivo 2024/25  
Regente: Professor. Doutor Rui Maia  
Tutor: Doutor Pedro Hart Campos  
Local de estágio: Hospital das Forças Armadas – Polo Lisboa (HFAR PL)  
Chefe do Serviço: Dr.ª Ana Catarina Pinho

Beatriz Morgado 02019404  
Diogo Nolasco 02019232  
Marta Mathias 02019580

### ÍNDICE

- 01 CASO CLÍNICO
- 02 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS EM ALTITUDE
- 03 EXAME OBJETIVO
- 04 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 05 MCDT
- 06 TERAPÊUTICA
- 07 INTERNAMENTO
- 08 E SE CASO DE EMERGÊNCIA?
- 09 BIBLIOGRAFIA

Indicações e contraindicações para colocação de dreno torácico  
Cinesioterapia

Complicações de dreno torácico  
Exatidão Clínica  
Indicações para remoção de dreno  
Indicações pós-dreno

### QUAL A FUNCIONALIDADE?

### CASO CLÍNICO: APRESENTAÇÃO

01

### CASO CLÍNICO

H.M.E.R., 42 anos, Tenente Coronel em efetividade de serviço

**Antecedentes Pessoais**

- Hipertensão Arterial
- Distúrbio
- Amigdalotomia aos 3 anos

**Medicação Habitual**

- Amlodipina
- Rosuvastatina

**Antecedentes Familiares**

Irrelevantes

**Hábitos e Alergias**

Sem alergias conhecidas

### CASO CLÍNICO

H.M.E.R., 42 anos, Tenente Coronel em efetividade de serviço

**Antecedentes Pessoais**

- Hipertensão Arterial
- Distúrbio
- Amigdalotomia aos 3 anos

**Medicação Habitual**

- Amlodipina
- Rosuvastatina

**Antecedentes Familiares**

Irrelevantes

**Hábitos e Alergias**

Sem alergias conhecidas

### CASO CLÍNICO

H.M.E.R., 42 anos, Tenente Coronel em efetividade de serviço

**Antecedentes Pessoais**

- Hipertensão Arterial
- Distúrbio
- Amigdalotomia aos 3 anos

**Medicação Habitual**

- Amlodipina
- Rosuvastatina

**Antecedentes Familiares**

Irrelevantes

**Hábitos e Alergias**

Sem alergias conhecidas

### CASO CLÍNICO: HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda de moto - trauma torácico esquerdo (baixo impacto) 06/10/2024

Regressa a Lisboa, Progressivo agravamento dos sintomas 11/10/2024

08/10/2024 Missão para Argélia, Ligação Paris-Argélia inicia quadro de dificuldade respiratória + agravamento torácico

14/10/2024 Admissão no HFAR

### CASO CLÍNICO: HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

A entrada no SU:

Dificuldade respiratória que agrava com esforço, Sudores profusas (+ a noite) Desconforto torácico Tosse seca

TA: 140/97 mmHg  
FC: 105 bpm  
temperatura: 36,0°C  
FR: 32 cpm  
SpO2: 92% em ar ambiente

AC: s1+s2 rítmicos  
AP: Murmúrio vesicular praticamente ausente no hemitórax esquerdo  
Percussão: Timpanismo

### PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS EM ALTITUDE

**PRECISÃO BAROMÉTRICA E CONSERVAÇÃO**

- Em altitude, a pressão atmosférica diminui, o que resulta numa menor disponibilidade de oxigénio (pressão parcial de oxigénio = 50mmHg)
- Por isso, o organismo responde aumentando a ventilação pulmonar (resposta ventilatória) para compensar a menor disponibilidade de oxigénio.

**ALTERAÇÃO VOLUME DOS GASES (LEI DE BOYLE)**

- PAUSA - PAUSA
- ↑ P condizente aumento volume dos gases.

**RESPOSTA FISIOLÓGICA**

Altimetria: Permite determinar o volume de gás da cavidade pleural. Compressão do tecido pulmonar.

### EXAME OBJETIVO EM TRAUMA TORÁCICO

**Sinais Vitais**

- Hipertensão
- Toquecardia
- taquicardia, respiração

**Auscultação**

- Diminuição do murmúrio
- Ruidos adventícios
- Sopros cardíacos
- Arritmia
- Ruidos hidroaéreos

**Percussão**

- Timpanismo ou Macicez

**Palpação**

- Dor
- Crepitação

**Cardiotorácico**

- Pulsos
- Extremidades frias

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRAUMA TORÁCICO

Pneumotórax simples	Contusão pulmonar	Pneumotórax hipertensivo	Hemotórax	Lesão traqueobronquial	Ruptura diafragmática
Dispneia	Dispneia	Hipertensão	Dispneia	Traumatismo de alta energia	Trauma torácico
Taquipneia	Taquicardia	Hipertensão jugular	Taquicardia	Disfunção de Pneumotórax	Hipóxia
Hipóxia	Hipóxia	Desvio da traqueia	Diminuição do murmúrio	Emfisema subcutâneo	Dor abdominal com sinais de RH no tórax
Torcaxia pleurítica	Taquicardia	Clareamento da membrana	Clareamento	Hipertensão	Palidez
Dimensão do tórax	Ruidos crepitantes	Distensão	Taquicardia	Extremidades frias	
Hipertensão	Diminuição dos movimentos				

### HIPEREXPANSÃO TORÁCICA

### MCDT EM TRAUMA TORÁCICO

**ECO-FAST**

- Instabilidade hemodinâmica
- Mecanismo de alto risco

**ECG**

- Trauma torácico anterior

**RX TÓRAX AP**

- Indicado em todo o trauma torácico

**TC**

- Sinais de alarme no seguimento da radiografia

### RADIOGRAFIA AP NA ADMISSÃO

### COLOCAÇÃO DO DRENO TORÁCICO

### INDICAÇÕES DRENO TORÁCICO

**PNEUMOTÓRAX**

A mais frequente

**HEMOTÓRAX**

Geralmente > 500mL

**DERRAME PLEURAL OU EMPIEMA**

**PLEURODESE**

Administração de esclerosantes na espaço pleural para tratamento de derrame retractor

### CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS DRENO TORÁCICO

**ADERÊNCIAS PLEURAIS**

Utilizar técnica eco-guiada

**ANTICOAGULAÇÃO**

**LESÃO DA PELE**

Se possível, não inserir o dreno no local da lesão

**COAGULOPATIA**

### CINESIOTERAPIA

- POSICIONAMENTO E EXERCÍCIOS DE EXPANSÃO TORÁCICA**  
+ expansibilidade do pulmão
- EXERCÍCIOS DE ABERTURA COSTAL**  
+ mobilidade torácica
- EXERCÍCIOS LOCALIZADOS**  
Prevenir aderências pleurais

### COMPLICAÇÕES DRENO TORÁCICO

- INFECÇÃO**  
Empiema e pneumonia
- HEMORRAGIA**
- LESÃO DE ÓRGÃO**  
Pulmão, diafragma, coração, fígado, bexiga
- EMFISEMA SUBCUTÂNEO**
- ESQUEMA PULMONAR DE RE-EXPANSÃO PULMONAR**
- OBSTURÇÃO DO DRENO**

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

### INDICAÇÕES PARA A REMOÇÃO DO DRENO

- SEM EVIDÊNCIA DE DRENAGEM**  
Com oscilação, borbulhar e com drenagem <200mL/24h
- EVIDÊNCIA CLÍNICA E RADIOLOGICA DE PNEUMOTÓRAX**
- DRENO MAL FUNCIONANTE**

### INDICAÇÕES PÓS ALTA

- Cinesioterapia
- Pensão no centro de saúde
- Consulta reavaliativa

"If there is a doctor on board would they please make themselves known to the cabin staff."

—CABIN CREW

### EMERGÊNCIA MÉDICA EM PLENO VOO?

- ACIDENTE DE MOTA AO CHEGAR AO AEROPORTO**  
Fratura do antebraço esquerdo?
- ELEVADO DO MEMBRO**  
Ready to take-off
- DOR HEMITÓRAX ESQUERDO**  
Ao ECO, dor à palpação das costelas inferiores e provável fratura entre o 2º e o 4º costelas
- NALBUFINA**  
Que acabou por não tomar

### EMERGÊNCIA MÉDICA EM PLENO VOO?

- ABRUMENTO CLÍNICO**  
Dificuldade respiratória, taquipneia, fraqueza, desviado para a direita. Percussão e auscultação não realizadas por ruído.
- MÁSCARA DE O2**  
Sem oportunidade de apoio médico do terreno
- CIURGIA NAS ALTURAS**  
Intervenção e colocação de dreno torácico
- 5 MIN**  
Recuperada, pronta para aproveitar o resto da viagem e refeições

Campos estéreis: toalhas de mão aquecidas  
Desinfetante: Brandy de 5 estrelas  
Trocarre para dreno: cobide  
Dreno: algália  
Sistema de drenagem pleural: garrafa de água  
Fita adesiva

### BIBLIOGRAFIA

- Liotta L. Thoracostomy tubes and catheters: indications and tube selection in adults and children [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Tanaka H, Brown, Nelson, Du, Grant, Kumar, et al. Airway, pleurology, and cardiopulmonary. Continuing Education in Anesthesiology Critical Care of the United Kingdom 2022, Page 11-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Respiratory Failure: Causes, Pathophysiology, and Management [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Liotta L. Thoracostomy tubes and catheters: placement techniques and complications [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Liotta L. Thoracostomy tubes and catheters: management and complications [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Blumenfeld B, Strydom C. Treatment of spontaneous pneumothorax: a more aggressive approach? [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Liotta L. Indications and management of blunt thoracic trauma in adults [Internet]. Springer; 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Liotta L. The use of chest tubes in the emergency department [Internet]. Springer; 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>
- Liotta L. The use of chest tubes in the emergency department [Internet]. Springer; 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10700000/>

### 3.3. Slides “Complicações agudas da diabetes”

## COMPLICAÇÕES AGUDAS DA DIABETES

Relatório: Prof. Dr. Rui Mota  
Responsável: Dr. Dr. António Pereira  
Consultador: Dr. Dr. António Pereira  
Tubagem: Dra. Cláudia Mota, Dr. Manuel Gomes, Dr. Rui Mota, Dra. Susana Dias  
Hospital Curry Cabral, Medicina 7.2

INTERVENÇÃO POR:  
Diabetes Mellitus (DM1)  
Hipertensão Arterial  
Hiperlipidémia  
Marelo Gomes, 17/03/2024

## ÍNDICE

- 01 HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**  
Caso Clínico
- 02 HIPERGLICEMIA**  
Revisão Técnica
- 03 ABORDAGEM E EVOLUÇÃO**  
Caso Clínico
- 04 HIPOGLICEMIA**  
Revisão Técnica

### Identificação

LULA, José, feminino, 63anos, reformada, reside com mãe no domicílio  
Motivo de vinda ao SU: Hiperglicemia

**Historia Médica Contemporânea**

- DM1 (desde os 11 anos)
- Neuropatia autonómica (diarria crónica)
- Nefropatia G3 sob HD 3x1-5x600
- HTA
- S. Marfan
- Poliúria
- Gastrite e H. pylori
- TIG M3 (2014)
- Encefalite e MRSA com enucleação do OO e colocação de prótese (2014)

**Alérgias e Alergias**

- Ex-Fumadora (20UMA)
- Alergia a penicilina, glicofina e lactum verde
- alergia, ibuprofeno
- proposta para transplantação renal-patológica na FCC

### Identificação

LULA, José, feminino, 63anos, reformada, reside com mãe no domicílio  
Motivo de vinda ao SU: Hiperglicemia

**Historia Médica Contemporânea**

- Tinha diabetes registada no 1.º M3, 10anos
- Passa diuina insulina basal
- 180-210(SU), 220-250 (L), 260-290 (N)
- 900-120 (S), 130-170 (L), 180-190 (N)
- 420-450 (S), 460-500 (L), 500-610 (N)
- Metformina 2000 2x1
- Carvedilol 25mg 1/1/1
- Furosemida 40mg 1-1-1
- Asa 100mg 1/1
- Sildenafil 50mg 2x1
- Pragabina 30mg 1x1 a noite
- Loperamida 2x2-2

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Recebeu ao SU por hiperglicemia 12/11/2024

Transferida para Medicina 7.2 14/11/2024

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Deu entrada no SU por hiperglicemia (600mg/dL) e cetonemia de 6,7mg/dL, assintomática.
- Tinha recetido no dia anterior ao SU por hipoglicemia grave, não tendo reatado emo insulinasotiga à basal
- Tinha sessão de hemodíalise agendada para a véspera, à qual faltou.
- Internada no serviço de Medicina 7.2 no dia 14/11/2024 com o diagnóstico DM1 de difícil controlo com cetoadidose, diálise, acidose metabólica e hipercalémia graves (7,5mmol/L).

# HIPERGLICEMIA

## ESTADOS HIPERGLICÊMICOS

Apresentação Típica

- Cetoacidose Diabética**
  - DM1 jovem
  - Quadro com >24h de
    - Náusea
    - Vômitos
    - Dor abdominal
    - Respiração de Kussmaul
- Síndrome Hiperosmolar Hiperglucêmica**
  - DM2 idoso
  - Quadro característico (deslocamentos) de
    - políglia
    - deleção de íons
    - alteração do estado mental (confusão > coma)

## CAUSAS/PRECIPITANTES

- Frequentes**
  - Interação/mau ajuste
  - Hipoglicemia insulínica
  - Infeções
  - ITU
  - Pneumonia
  - Sepsis
  - Distúrbios hormonais
  - Eventos CV
- Outros**
  - Gravidez
  - Trauma/Quem
  - Quirurgia
  - Consumo local

## ESTADOS HIPERGLICÊMICOS

Fisiopatologia

Insulina ↓ HCR → Inibição glúceos → Hiperglicemia

Cortisol ↑ → Glucagon ↑ → Hiperglicemia

Adrenalina ↑ → Hiperglicemia

Acidose metabólica → Síndrome Hiperosmolar → Distúrbios (Na, K, P)

## ESTADOS HIPERGLICÊMICOS

Semiologia

- Taquicardia, Hipertensão**
  - Deidratação
  - Poliúria (esp. nocturna)
  - Hálito cetônico
  - Hiperosmolaridade
  - Dor abdominal
  - Confusão > Coma
- Sinais associados**
  - Febre
  - Diarreia
  - Dor torácica

## ESTADOS HIPERGLICÊMICOS

Alterações analíticas

- Cetoacidose Diabética**
  - Hiperglicemia (>20-600mg/dL)
  - Cetonemia +++
  - Acidose Metabólica
    - pH < 7.35
    - HCO3 < 10-18
    - Anion Gap aumentado
    - pCO2 20-30 mmHg
    - Hiperosmolaridade (foco)
- Síndrome Hiperosmolar Hiperglucêmica**
  - Hiperglicemia (>600mg/dL)
  - Osmolalidade sérica >320
  - pH > 7.35
  - HCO3 > 15

## ABORDAGEM INICIAL - PRIORIDADES

Diagnóstico

- ABCE
- Aviatar estado de hidratação
- Rever causa (encampamento, interação)

Terapêutica

- Reposição de volume
- Reposição de eletrólitos
- Correção das desequilíbrios metabólicos
- Investigação de causa
- Plano de monitoração

## 01 VOLUME

1ª Fase

- NaCl 0.9% 1-3L nas primeiras 1-3h (10-20ml/kg/h até normalização de estado e hemodinâmica)

Após

- Dieta de manutenção 200-300ml/h
- Tocar para soro hipotônico

## 02 POTÁSSIO E INSULINA

Potássio

- K+ < 3.5 mEq/L → Reposição máxima a 10-20 mEq a cada 2h a 3.5
- K+ 3.5-5 → 10-20 mEq KCl por L de fluido
- K+ > 5 → Monitorar K+ 2h/2h

Insulina

- 0.1U/kg SC a/kg/h K+ em perfusão
- CAD sem complicações: bolus 0.1U/kg SC a/kg/h
- CAD mod-sev: considero bolus 0.1U/kg SC a/kg/h em perfusão

## 02 INSULINA

Objetivo

- Glicemia basal 90-120 mg/dL (1N) → Diária dose/freq de perfusão SC ou IV
- Diária não deve exceder 90-120 mg/dL/h

SMH

- Glic < 250 → Reforço para 0.02-0.04 U/kg/h IV
- Monitorar soro: K+, Ca, pH, eletrólitos

CAD

- Glic < 250 → Reforço para 0.02-0.04 U/kg/h IV
- 0.1U/kg SC a cada 2 horas
- Monitor Glic 150-200 até resolução

## 03 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> E PO<sub>4</sub><sup>3-</sup> E MG<sup>2+</sup>

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>

- pH < 7.0 em doentes jovens
- pH < 7.15 em idosos
- 400-600 mg bicarbonato em 100ml em perfusão IV
- Repetir até pH > 7.0

PO<sub>4</sub><sup>3-</sup>

- Fosforo < 1 mg/dL (10-20 mEq/L KPO<sub>4</sub> na soro)

Mg<sup>2+</sup>

- Mg < 1.7 mg/dL → 10ml de sulfato de mg a 20% em 100cc de SF durante 1h

## 04 MONITORIZAÇÃO

Tratamento atualizado, orientado em plano de cuidados de enfermagem, planejamento capilar, diurese e glicemias capilares

- CAD cada 2-4h
- Cetonemia 2h em soro, Urina, Eletrólitos, Creatinina e Diurese a cada 2-4 horas

Complicações

- Hematomas
- Hemiparesia
- Transtorno arterial

## 05 RESOLUÇÃO

Objetivo

- CAD Glic < 250 → Reforço para 0.02-0.04 U/kg/h IV
- SMH Glic < 250 → Reforço para 0.02-0.04 U/kg/h IV
- SMH Glic < 250 → Reforço para 0.02-0.04 U/kg/h IV

Após resolução

- Monitor evolução clínica e sinais vitais
- Continuar perfusão de insulina por 1-2h

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Recebeu no SU por hiperglicemia 12/11/2024

Transferido para Medicina 72 14/11/2024

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Deu entrada no SU por hiperglicemia (600mg/dL) e cetonemia de 6,7mg/dL, assintomática.
- Tinha ocorrido no dia anterior ao SU por hiperglicemia grave, não tendo realizado terapia insulínica adequada.
- Tinha sessão de hemodiálise agendada para a véspera, à qual faltou.
- Internado no serviço de Medicina 72 no dia 14/11/2024 com o diagnóstico DM1 de difícil controle com cetoacidose diabética, acidose metabólica e hipercalemia grave (7,5 mmol/L).

## ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

À entrada no SU

Consciente, colaborante e orientado na pessoa, tempo e espaço.

Mucosas descoloridas, desidratadas e vasculares.

TA: 78/38 mmHg

FC: 115 bpm

SPO2: 95% em ar ambiente

Apnéria, Eupnéica

Citôsmio: 4400mg/dL

AC: s1+s2 rítmicos

AP: Mantido e simétrico, sem RA

Abdômen: RMA+, mde e depressível, indolor

Sem edema ou sinais de flebotrombose

## ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

Diagnóstico

- DM1 complicada de cetoacidose grave
- Préoxido intermédio que a doente acetou

## ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

Melhora progressiva

À entrada no SU

Consciente, colaborante e orientado na pessoa, tempo e espaço.

Mucosas coradas, hidratadas e vasculares.

TA: 177/66 mmHg

FC: 77 bpm

SPO2: 96% em ar ambiente

Apnéria, Eupnéica

Citôsmio: 4320mg/dL (SU), cetonemia 0.8

AC: s1+s2 rítmicos

AP: Mantido e simétrico, sem RA

Abdômen: RMA+, mde e depressível, indolor

Sem edema ou sinais de flebotrombose

## ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

MCDT

- Análises: Hb 11.3, Leucócitos 13.79 com neutrofilia 3.14, PCR 79.5
- Rx tórax: sem alterações de relev.

Diagnóstico

- DM1 complicada de cetoacidose grave
- Préoxido intermédio que a doente acetou

## ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

Recebeu no SU por hiperglicemia 12/11/2024

Transferido para Medicina 72 14/11/2024

## ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

Melhora progressiva

À entrada no SU

Consciente, colaborante e orientado na pessoa, tempo e espaço.

Mucosas coradas, hidratadas e vasculares.

TA: 177/66 mmHg

FC: 77 bpm

SPO2: 96% em ar ambiente

Apnéria, Eupnéica

Citôsmio: 4320mg/dL (SU), cetonemia 0.8

AC: s1+s2 rítmicos

AP: Mantido e simétrico, sem RA

Abdômen: RMA+, mde e depressível, indolor

Sem edema ou sinais de flebotrombose

## ABORDAGEM 7.2

Abordagem terapêutica

**MCDT**

- Análises: Hb: 10,4, Plaquetas: 104x10<sup>9</sup>/L, glicose: 405mg/dL, HbA1c: 9,7%, HbA1c (HbA1c) x: 5,4, Ca<sup>2+</sup>: 7,7 mg/dL

**Abordagem terapêutica**

- Nifedipina 30mg 3/d
- Clovedilol 20mg 1/2x1/2
- ASL 150mg id
- Furosemida 40 2x1x1
- Sulfametoxazol 800 2/d
- Progabina 50mg 1/d à noite
- Quercetina 500 3/d
- Tredia 140 1/d às 21h00
- Flap AU antes do Pequeno-Almoço, Almoço e Jantar: 4,50 por cada 30 gramas soma de 200; 100-199 AU; 200-299 AU; 300-399 AU; 400-70

## ABORDAGEM 7.2

Intercorrências

- Com picos de hipoglicemia e de cetose elevada (assintomática) -> correção conforme prescrição de endocrinologista
- Crisis hipertensivas -> enalapril e ranitidol

Plano

- Transmitidos ensinamentos sobre diabetes (educação do doente) para a dieta e atividade
- Agendado sessão na Clínica de Hemodialis de ambulatório para 03/11/2024 por sobrecarga hídrica

## HIPOGLICEMIA

## HIPOGLICEMIA

Definição

**Triade de Whipple**

- Valor de glicemia baixo
- Sintomas associados à diminuição de glicemia
- Reversão ou melhora desses sintomas com a reversão da hipoglicemia

**Classificação**

- Nível 1: Se Glicemia < 70 mg/dl e 2 34mg/dl
- Nível 2: Se Glicemia < 54 mg/dl
- Nível 3: Adulto não cooperante alvo sem comprometimento de integridade em procedimentos requer assistência de outra pessoa

## HIPOGLICEMIA

Impacto

- Associação com ocorrência de eventos cardiovasculares
- Alterações neurológicas podem ser de duração, gravidade e impacto variáveis, podendo resultar em sequelas e incapacidades
- Requerem custos adicionais para as pessoas com diabetes, qualidade de vida e QV
- Podem representar uma barreira importante na manutenção dos objetivos de tratamento definidos e na adesão terapêutica

## HIPOGLICEMIA

Clinica

**Autonômicos**

- Tremores
- Taquicardia
- Sudores
- Anedonia
- Fome
- Parestesias
- Irritabilidade

**Neurogênico**

- Dificuldade de concentração
- Alterações no comportamento
- Fatiga
- Sonolência
- Alterações da visão
- Uncoosido em tear
- Cefaleia
- Formigão
- Confusão
- Convulsões
- Coma

## HIPOGLICEMIA

Fatores de Risco

- Dose de insulina ou de secretagogo é excessiva, em horário inadequado ou do tipo errado
- O influxo endógeno de glicose é diminuído
- Utilização de glicose independente de insulina está aumentada
- Sensibilidade à insulina está aumentada
- Produção endógena de glicose está diminuída
- Clearance de insulina está reduzida

## HIPOGLICEMIA

Tratamento

## HIPOGLICEMIA

Falência Autonômica Associada à Hipoglicemia

Estratégia:

- Exatidão rigorosa de hipoglicemia por 7-8 semanas

## HIPOGLICEMIA

Redução de Risco

- Educação dos doentes e familiares
- Ajustar as doses glicêmicas
- Ajustar terapêutica

## BIBLIOGRAFIA

- "Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus" (Dufour, 2004)
- "Hypoglycemia" (Med. Amboss.com, 2024)
- Nascimento do O. D. et al. "Orientações para o Tratamento da Hipoglicemia em Adultos com Diabetes" Revista Portuguesa de Diabetes, 2021
- https://www.sociedade.org/pt/hipoglicemia
- Harrison's Principles of Internal Medicine, 21ª edição
- UpToDate: "Hypoglycemic hyperglycemic state in adults: Treatment"; "Treatment of diabetic retinopathy in adults"

### 3.4. Slides "Doença gestacional do trofoblasto"

## Doença Gestacional do Trofoblasto

Ginecologia e Obstetria | 6º Ano Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Trabalho realizado por:  
Pedro Fonseca 2019431  
Diogo Neres 2019232  
Teresa Fonseca 2019268

## Índice

- O1 Introdução
- O2 Mola Hidatiforme
- O3 Neoplasia Trofoblástica Gestacional
- O4 Caso clínico

## O1 Introdução

Identificação geral, classificação, etiologia, fatores de risco

## Doença Gestacional do Trofoblasto

Conjunto de anomalias do desenvolvimento trofoblástico de natureza e prognóstico distintos, envolvendo entidades benignas e malignas. Histologicamente, a GTD é dividida em:

- Mola hidatiforme (MH) / Gravidez Molar Benigna**
  - É considerada a forma não invasiva de GTD.
  - Embora MHs sejam geralmente consideradas benignas, elas são pré-malignas e podem-se potencialmente tornar malignas e invasivas.
  - 20% gravidez molar -> doença persistente em mulheres.
- Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG)**

## Doença Gestacional do Trofoblasto

Conjunto de anomalias do desenvolvimento trofoblástico de natureza e prognóstico distintos, envolvendo entidades benignas e malignas. Histologicamente, a GTD é dividida em:

- Mola hidatiforme (MH) / Gravidez Molar benigna**
  - Completa
  - Parcial
- Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG)**
  - Mola Invasiva
  - Coriocarcinoma

## DGT - Fisiopatologia

- O **Blastocisto** é a camada mais externa do blastocisto, formada por células epiteliais. É através desta camada que este se fixa à parede do útero.
- Desempenham um papel essencial na nutrição do embrião e na formação da porção fetal de placenta.
- Existem três tipos principais de trofoblastos:
  - Citotrofoblasto
  - Sincitiotrofoblasto
  - Trofoblastos intermedios
- A **proliferação anormal dessas células leva ao desenvolvimento da Doença Gestacional do Trofoblasto**
- As transformações dos citotrofoblastos e dos sincitiotrofoblastos originam as molas hidatiformes (MH) e o coriocarcinoma.

## Epidemiologia

- Incidência varia globalmente: mais alta no Sudeste Asiático e Japão (7/1000 gestações)
- 10-20% das MH evoluem para NTG
- etiologia: multifatorial
- 50% das NH tu ocorrem após mola hidatiforme, 25% após abortos/gestões ectópicas, 25% após gravidez a termo pré-termo.
- Concordância é raro: incidência maior em asiáticos, nativos americanos e negros.
- Taxas de mola hidatiformes e coriocarcinomas diminuíram nos últimos 30 anos.

## Fatores de Risco

- Idade:** risco aumentado (>21 anos e <35 anos) 7,5x maior >40 anos.
- História anterior de gravidez molar:** 1% de recorrência sobre 10-20% após dois abortos consecutivos.
- Dieta:** Deficiência de vitamina A e gorduras animais.
- Tabagismo:** associado a menor risco de mola hidatiforme.
- Aborto espontâneo prévio:** Aumento do risco 2 a 3 vezes.

Para doença persistente...

- hCG pré-tratamento:** >100 000 u/ml
- Tamanho uterino superior** para o tempo de amenorreia
- Quistos hidatiformes volumosos (> 6cm)**
- Complicação médica associada** (p.e. eclâmpsia, hipertensão, acidocetose respiratória)
- Idade materna > 40 anos**
- História anterior de gestação molar**

# 02 Mola Hidatiforme

## Mola Hidatiforme - Etiologia

Doença gestacional do trofoblasto mais comum

**1 Completa**

- Fertilização de 1 óvulo materno sem material genético por 1 espermatozóide com material genético e depois replicado
- Cariótipo 46XX (90%)

**2 Parcial**

- Fertilização de um óvulo normal por dois espermatozóides ou por um espermatozóide e um núcleo material é duplicado
- Cariótipo 69 XXX ou XXXY na XY (resto vari)

## Mola Hidatiforme - Clínica

A doença pode apresentar-se na consulta ou 5-12 com uma 14 de amenorreia e dor no abdome, inclusive pela realização positiva de um teste imunológico de gravidez. Poderá ainda estar presente.

### Mola Completa

- Prata vaginal hemorrágica, por vezes com presença de "vesículas tipo cacho de uva"
- Útero anormalmente grande para a IG
- Dor ou desconforto pélvico
- Síntomas dependentes de hCG muito elevado
- Hipertensão Gestacional
- Hiperuridemia
- Quistos hidatiformes da Teia
- pre-eclâmpsia c/ds

### Mola Parcial

- Prata vaginal hemorrágica sem a presença das "vesículas"
- Dor ou desconforto pélvico
- Síntomatologia dependente da hCG e menos frequente

## Mola completa - Diagnóstico

- Quantificação da hCG elevadas valores muito elevados para a idade gestacional
- Prata heterogênea preenchida por espaços quísticos hipocorionícticos com aparência de "vesículas tipo cacho de uva"
- Assimetria da Teia ou líquido amniótico
- Problemas nos níveis ou quistos ovários da Teia Substancia

## Mola parcial - Diagnóstico

- Valores também elevados para IG, apesar de menos maciçamente
- Diagnóstico mais desafiante. Comum ser confundido com aborto retido ou mola gestacional normal
- Prata ser "aberrada" ("prata fetal") ou um feto, com ou sem, maciçamente de gestação reduzida para IG
- Placenta aumentada em espessura
- Diagnóstico de espaços multiquísticos anecóicos (vesículas hidatiformes) com aparência descrita como "swiss cheese like"

## Mola Completa e Parcial - Tratamento

Dilatação e Curetagem	Histopatologia	Monitorização
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ linha no Tratamento da Mola parcial e completa</li> <li>Em mulheres com idade mais avançada com história de mola hidatiforme pode-se considerar Histerectomia</li> </ul>	<p><b>Mola Completa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>46, XX ou XY</li> <li>Pratificação parcial de "villi" corionícticos formando estruturas preenchidas de fluido</li> <li>P37 negativo</li> </ul> <p><b>Mola Parcial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>69 XXX, XXXY, XXXYY triploidial</li> <li>"villi" anormais a alternar com tecido fetal e corionário normal em quantidades variáveis</li> <li>P37 Positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essencial manter em todos os doentes</li> <li>Níveis de hCG 48h após intervenção e todos os seguintes após a mesma, até normalização dos mesmos</li> <li>Doentes de manifestas medidas anticoncepcionais durante a monitorização</li> </ul>

# 03 Neoplasia Trofoblástica Gestacional

## Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Transformação maligna do tecido citotrofoblástico e sincitiotrofoblástico trofoblástico

**Mola Invasiva**

- Desenvolve-se após uma gravidez molar e é caracterizada pela presença de **viteloides** corionícticos e invasão da parede miométrica e **invasão direta do miométrio**.
- Histologia e clínica é mais complexa
- 60-80% das casos apresentam-se com uma MH completa
- Em casos de gravidez molar, a disseminação hematológica (pulmões e vagina) só local mais comum

**Coriocarcinoma**

- Tudo trofoblasto invasivo, altamente vascularizado e angiogênico, sem viteloides corionícticos.
- Embora seja mais frequente a partir de uma gravidez molar, pode ser precedido de parto pré-termo, si anelco, aborto espontâneo e de gestação saudável.
- É o tipo histológico mais agressivo de NTG e é caracterizado por **invasão vascular pulmonar e metastases por disseminação hematológica**.

## Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Transformação maligna do tecido citotrofoblástico e sincitiotrofoblástico trofoblástico

**Mola Invasiva**

**Coriocarcinoma**

**Fatores de risco para doença persistente:**

- Tamanho uterino pré-intervenção superior ao previsto à data
- Níveis de hCG >100.000 u/ml
- Quistos hidatiformes volumosos (> 6cm)
- Cirurgia paliativa

## NTG - Apresentação Clínica

Tem uma apresentação clínica variada dependendo da gravidez anterior, extensão da doença e tipo histológico.

- Condição clínica evolutiva humana (NTG) observada 111**
- Qualquer mulher em idade reprodutiva com níveis de hCG persistentemente elevados ou crescentes inexplicáveis deve ser considerada como potencialmente portadora de NTG. Outros fontes de níveis persistentes de hCG devem ser excluídas, como gravidez normal, produção placentária ou ectópica.
- Efeitos da estimulação de hCG:**
  - Gravidez ou síndrome de hiperandrogenismo
  - Quistos hidatiformes ovários
  - Gravidez ou síndrome de hiperandrogenismo
- Hemorragia Uterina Anormal ou Amenorreia**
- Em casos de gravidez molar, a disseminação é o tipo de apresentação
- Dor ou pressão pélvica**
  - Tamanho uterino aumentado ou quistos hidatiformes
  - Associado a **metástases**
    - Pulmonares - Tipicamente dor no peito, tosse ou hemoptise
    - Vaginais - Hemorragia ou corrimento purulento

## NTG - Diagnóstico

**Diagnóstico Clínico**

Elevação persistente da hCG após gravidez molar ou não molar e exclusão de outras causas

Achados de imagem de patologia consistente com NTG (coriocarcinoma invasivo, quistos hidatiformes volumosos, invasão da parede miométrica)

- História clínica completa:** IG pormenorizada, Antecedentes de gravidez molar e o fator de risco mais importante
- Observação com ênfase para a extensão da vagina para metástases implante vascular na área subcutânea ou fômites, nádegas e membranas anais.
- Exame físico: tumor aumentado e involução parcial por miogen peritonite?
- Massas anólicas bilaterais se gestos nos ovários
- Avaliação laboratorial**
  - hCG elevado tanto como marcador tumoral para diagnóstico, bem como para monitorizar a resposta ao tratamento e vigilância de recidivas
  - Função tireoide (hipertireoidismo associado a hCG >100.000 u/ml)
  - Função hepática (ALT e AST para metástases)

## NTG - Diagnóstico

**Exames de imagem**

**Mola Invasiva**

**Coriocarcinoma**

Uma mola invasiva mal definida ou com um nível irregular com alta fluxo vascular em Doppler. A invasão no miométrio pode ser visualizada.

Massa que aumenta a dor, com uma aparência heterogênea que se considera com uma área de necrose e hemorragia. O tumor é geralmente maciçamente hipovascular no Doppler.

Presença de MH invasiva na vagina externa pode ser complicada ou impossível, ambos os casos exigem a possibilidade de hCG podem encontrar-se em estruturas extra-uterinas.

A orientação topográfica não depende da distorção.

## NTG - Diagnóstico

**Exames de imagem**

**Ecografia pélvica**

**radiografia Tórax**

É a base para o encaminhamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) I-IV a TC e II diagnóstico radiológico. Depende, II um padrão "menor ou "temporada de neve" com múltiplos nódulos e pequenas opacidades mal definidas, III difusas pleurais, ou II padrão embólico causado por exclusão arterial pulmonar

Para a maioria dos casos, a tomografia computadorizada (TC) é o exame de imagem padrão-ouro para avaliar a extensão da doença. Quando exames de imagem adicionais não são necessários, pois metástases à distância são diagnosticadas.

# 04 Caso Clínico

## Caso Clínico

TC, 44 anos, natural do Nepal, ID 0000, seguida atualmente na consulta de doenças hipertensivas da gravidez

**Antecedentes Pessoal:**

- HTA crônica essencial (medicação 30mg)
- Gastrite (omeprazol 20mg)

**HDA (2021)**

Diagnóstico imunológico de gravidez em 10/2021 (tendecida)

CGI - Decremento β hCG, tendecida em 10/2021, espontaneamente

Ecografia: imagem vacuolizada sugestiva de mola completa

Estadiamento obtido por angiografia 10/2021 - β hCG 42320 mIU/mL - Confirmação histológica de mola completa

## Caso Clínico

**Follow-up**

- Medições semanais de β hCG
- 16/12 37620 mIU/mL
- 23/12 63200 mIU/mL
- 30/12 36700 mIU/mL
- 05/01 29200 mIU/mL, desidrata 29%
- 12/01 28900 mIU/mL, desidrata 37%
- 19/01 34800 mIU/mL, desidrata 37%
- 26/01 33800 mIU/mL, desidrata 37%
- 02/02 32400 mIU/mL, desidrata 47%
- Ecografia pélvica
- 18/01: LE nível regular
- 09/02: LE regular 5,5mm, OD com folículo dominante, OE normal

## Diagnóstico e Estadiamento NTG pós-molar

**Crítérios FIGO para diagnóstico**

- β hCG em plateau 120% em 4 medições (período de 3 semanas)
- β hCG em tempo ascendente 60% em 4 medições 3 semanas
- β hCG persistentemente elevada 6 meses após esvaziamento

**Crítérios FIGO para o Estadiamento e Prognóstico**

- Doença de baixo risco WHO-1 - Alta resistência monitorizada
- Doença de alto risco WHO-2 - Alta resistência monitorizada

## Caso Clínico

**Estadiamento:**

- WHO-1
- Doença de Baixo Risco

**Diagnóstico:**

- Imagem vacuolizada sugestiva de mola completa
- Estadiamento obtido por angiografia 10/2021 - β hCG 42320 mIU/mL - Confirmação histológica de mola completa

## Caso Clínico

**Estadiamento:**

- WHO-1
- Doença de Baixo Risco

**Diagnóstico:**

- Imagem vacuolizada sugestiva de mola completa
- Estadiamento obtido por angiografia 10/2021 - β hCG 42320 mIU/mL - Confirmação histológica de mola completa

## Tratamento e Prognóstico

**Doença de Baixo Risco**

- Monitorizada com metotrexato ou actinomicina D
- Remissão completa 100%
- Recorrência 0-10% (TC, TRG, na 4ª semana)

**Doença de Alto Risco**

- Terapêutica combinada, radioterapia adjuvante e cirurgia
- Remissão 80-90%
- Recorrência 3-6%

### Caso Clínico

**Tratamento:**  
 → HTX + folheto de cálcio em dias alternados  
 → Correção com método de balanceio

**Follow-up:**  
 → Medições semanais durante 12 meses (03/22 → 05/23)  
 → Valores β-hcg normalizados (normal < 1 u/ml em 170)

**Créditos atuais:**  
 → Avaliação anatómica da placenta  
 → Dosamento β-hcg nas 6 semanas pós parto (vigilância de recidiva mola)

### Obrigada

### Bibliografia

- Novitskiy ER, Schorge JO. **Gestational Trophoblastic Disease**. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
- Evolution F, P. E. Risk factors for gestational trophoblastic neoplasia: epidemiology, clinical features, diagnosis, staging, and risk stratification. In: S. Berk Ed. UpToDate. Recuperado em 10 de fevereiro de 2023 de: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-trophoblastic-neoplasia-epidemiology-clinical-features-diagnosis-staging-and-risk-stratification>
- <https://www.amboss.com/us/guide/200717/gestational-trophoblastic-disease/G6620037?topic=clinical-scenarios>

## 3.5. Slides “Apresentação Caso Clínico”

### Apresentação Caso Clínico

Estágio MCF - USF Areeiro  
 Tutor - Dr. Francisco Samaló

Diogo Neno, a2019232, Turma 4

### Família e Antecedentes Familiares

- Reside com esposa, com a qual está quase sempre
- 1 filho adulto
- Mãe faleceu aos 70 anos de causa não especificada, previamente saudável
- Mãe faleceu aos 84 anos de "torção intestinal", seria "problemas de enervação"
- Nega outros antecedentes

### Medicação habitual

- AAS 100mg, bisoprolol 5mg, valsartan 160mg, hidroclorotiazida 25mg, enalapril 10mg, metformina 1000mg, gliclazida 60mg, atorvastatina 20mg
- CPAP para SAOS

### Avaliação

- Problemas ativos: K77 - Insuficiência cardíaca, K87 - Hipertensão não complicada, I90 - Obesidade, I90 - Diabetes não insulino-dependente, I93 - Alteração do metabolismo dos lipídios, P06 - Perturbação do sono, P15 - Abuso crônico do álcool, U02 - Micção frequente/urgente
- Problemas passivos: K76 - Doença cardíaca isquêmica sem angina
- Antecedentes pessoais: P17 - Abuso do tabaco, T92 - Gota

### Plano - Dislipidemia

- Curto prazo:
  - Estatina alta potência (atorva 40mg ou rosuv 20mg) ou adição de ezetimib - LDL < 55mg/dL
- Médio prazo:
  - Reavaliação de LDL, HDL, TG em 6 semanas
  - Avaliação da mudança estilos de vida
  - Referência a consulta de nutrição
  - Consulta conjunta canal - discussão de soluções para atividade física

### Bibliografia

1. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
2. <https://www.amboss.com/us/guide/200717/gestational-trophoblastic-disease/G6620037?topic=clinical-scenarios>
3. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
4. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
5. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
6. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
7. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
8. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
9. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
10. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
11. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
12. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
13. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
14. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
15. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
16. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
17. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
18. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
19. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>
20. <https://www.uptodate.com/lookup/G6620037>

### Introdução

- Atleta/ativo até aos 63 anos
- Início de seguimento aos 57 anos por gota, obesidade, dislipidemia, HTA, e SAOS
- Aos 60 perde 25kg em seguimento na consulta de nutrição, com melhoria do SAOS
- Retoma peso prévio (114kg) aos 63 anos
- Diagnosticado com DM tipo 2 aos 69 anos

O que falhou? Como pode voltar a reduzir peso?

### Infância e Antecedentes Pessoais

- Desenvolvimento psicomotor normal
- Perda gradual da visão do olho direito desde os 16 anos
- Futebol e Futsal federado até aos 27 anos - mantém prática na idade adulta
- Primeiro internamento aos 46 anos por SCA, seguido por mais dois, todos com necessidade de cateterismo. Nega outros antecedentes
- PNV atualizado
- Rastreio CCR em 2022

### Subjetivo

- Vem para consulta programada de vigilância da DM tipo 2
- Queixas de urgência miccional isolada, IPS3 = 6 (síntomas ligeiros), nega diminuição força do jato, esvaziamento incompleto, poliaquiúria, esforço miccional
- Nega febre, dor urinária, hematuria, dor abdominal, vômitos
- Mantém sedentarismo. Esposa com **déficé de mobilidade**.
- Em pré-contemplação ("nunca tive sustos")

### Plano

- Objetivos gerais:
  - Aumento atividade física
  - Ajuste U02
  - Controlo individual dos fatores de risco CV

### Plano - DM2

- Curto prazo:
  - Manutenção da terapêutica instituída (A1C < 7,5%)
- Médio prazo:
  - vigilância para HbA1c
  - vigilância anual nefropatia diabética e retinopatia
  - vigilância neuropatia periférica diabético em cada consulta

### Plano - Urgência miccional

- Curto prazo:
  - Educação para "treino da bexiga" - horário regular entre micções, relaxamento nos episódios de urgência
  - relação com a obesidade e consumo de álcool
  - Análise sumária de urina, urocultura, ecografia prostática suprapúbica, PSA sérico
- Médio prazo:
  - Reavaliação das queixas

### Identificação

- V.L., sexo masculino, 71 anos (21/09/1953), reformado desde os 66 anos, técnico agrícola, natural de Lisboa
- Previamente mecânico de aviação, comercial de automóveis, taxista

### Hábitos

- Ex-fumador de LUNA
- Vitilo uliar hereditário (12g álcool/dia)
- Dieta rica em carnes vermelhas, camarão, queijos. Come fruta e vegetais diariamente e pouco pão.
- Sedentário desde os 62 anos

### Objetivo

- Bom estado geral
- TA 137/84mmHg, FC 55bpm, IMC 39.4kg/m<sup>2</sup>, PA 137cm
- AC 51 e 52 (miópicos hipofrânicos, sem sopros ou extrassons)
- Sensibilidade fina e vibratória mantida nos membros inferiores.
- HbA1c 7%, Triolico 230mg/dL, cLDL 78mg/dL, Cr 0.88mg/dL (TFGc 92), microalb 10mg/g
- Último ecocardiograma (2022): FE preservada, HVE ligeiro
- Última ecografia prostática: sem alterações de relevo

### Plano - Síndrome metabólica (HTA, DM2, Obesidade, Dislipidemia)

- Curto prazo:
  - Recomendação de aumento de atividade física e dieta mediterrânica
  - Redução consumo álcool < 8g/d
  - Entrevista motivacional (modelos transteórico)

### Plano - Urgência miccional

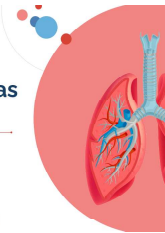
- Curto prazo:
  - Educação para "treino da bexiga" - horário regular entre micções, relaxamento nos episódios de urgência
  - relação com a obesidade e consumo de álcool
  - Análise sumária de urina, urocultura, ecografia prostática suprapúbica, PSA sérico
- Médio prazo:
  - Reavaliação das queixas

### 3.6. Slides “Complicações pulmonares crônicas da drepanocitose”

## Complicações pulmonares crônicas da drepanocitose

Diogo Alberto Rodrigues Neto, nº 2019232  
Davi Caires Correia, nº 2019231  
Matilde Nunes Da Silva Gonçalves, nº 2019365  
Flávia Gonçalves Torne da Silva Pegas, nº 2018421  
Turma 4

Tutoras: Dra. Raquel Bragança e Dra. Raquel Maia  
Bogotá, Prof. Doutor Luís Váranda  
Cadeira: Fisiologia | Problemas | MIM2º ano | Maio de 2020



### Índice

01 Introdução	02 Alterações da função pulmonar	03 Asma e sibilância recorrente
04 Hipertensão pulmonar	05 Tromboembolismo Pulmonar	06 Conclusão

### 01 Introdução

### 01 Introdução

- Hemoglobinopatia autosômica recessiva
- Genótipos HbSS, HbSC, heterogocisotos complexos
- Queda HbF no Lactente → Diagnóstico no 1º ano de vida
- Alta mortalidade
- Sobrevivência média 40º década
- HbK involuvel → Polimerização

### 01 Introdução

Complicações agudas	Complicações crônicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Infeção</li> <li>Anemia hemolítica</li> <li>Fenômeno vaso-occlusivo</li> <li>Esplicenos</li> <li>Neurólógicos</li> <li>Ósteos</li> <li>Musculares</li> <li>Pulmonares (Síndrome Torácica Aguda)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dois crônicas</li> <li>Asperia funcional, hipertensão linfóide (SAOS 30-70%)</li> <li>HTA, DDC</li> <li>Convulsões e epilepsia</li> <li>Dismetria, osteoporose</li> <li>Doenças autoimunes, insuficiência cardíaca</li> <li>Asma, hipertensão pulmonar, TEP recorrente</li> </ul>

### 02 Alterações da função pulmonar

### 02 Alterações da função pulmonar

**Introdução e Epidemiologia**

- Marcadores precoces de doença pulmonar associada a drepanocitose
- Relativamente frequentes em crianças com DCF
- Velocidade de declínio da função pulmonar na DCF:
  - Semelhante à observada nas crianças com fibrose quística (2-3ml/ano)
  - Signtificativamente superior à observada em crianças com asma, mas com DCF (0,8-1,8ml/ano)
- Genótipo: Homocisotos para a HbS → Declínio da função pulmonar mais rápido.
- 1. Prova de provocação brônquica com metacolina: hiperreatividade brônquica em 70%
- 2. Espirometria + Pletismografia:
  - Padrão restritivo em ~26%
  - mais comum em crianças com DCF
  - Padrão restritivo em ~26% → o mais comum em adultos com DCF

### 02 Alterações da função pulmonar

Tipos de alterações	Fisiopatologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal (Obstrutivo)   Restritivo   Mista   Não específico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouco estudada.</li> <li>1. <b>Padrão obstrutivo</b>:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>devido à obstrução com asma ou hipertensividade brônquica, mas não se limita a este diagnóstico</li> <li>→ mecanismo alternativo: compressão das pequenas vias aéreas por vasos pulmonares periféricos congestivos</li> </ul> </li> <li>2. <b>Padrão restritivo</b>:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>fibrose intersticial pulmonar ou tecido paraneumatoso crônica</li> </ul> </li> </ul>

### 02 Alterações da função pulmonar

**Clinica e Prognóstico**

Significado clínico e prognóstico incerto

**Seguimento**

Espirometria anual recomendada em crianças com DCF a partir dos 6 anos, sobretudo se houver sintomas respiratórios. História de STA ou asma: TC-tórax considerar em doentes com padrão misto ou restritivo moderado/ grave.

**Tratamento**

Não é claro se alguma intervenção terapêutica e capaz de atrasar o declínio da função pulmonar.

Estudo retrospectivo:

- Adolescentes e crianças: SA
- Estudo com hiperóxigenação: 75 doentes sem TEU
- Taxa anual de declínio da FEV1 inferior

### 03 Asma e sibilância recorrente

### 03 Asma e sibilância recorrente

**Epidemiologia:**

Incidência de asma cerca de 23 a 40% mais elevada em crianças com drepanocitose

Maior incidência de sibilância, hipertensividade brônquica, atopia e alterações das provas de função respiratória, independentemente da presença ou não de

**Fisiopatologia:**

Não totalmente esclarecida.

### 03 Asma e sibilância recorrente

**Fisiopatologia:**

Crianças com mais síndromes torácicas agudas, têm mais probabilidade de desenvolver e agravar a asma.

Ataque de vias inflamatórias após lesão de reequilíbrio

Inflamação alérgica exagerada

Produção de via hemolítica grânulo-blasto mástil

1. Fisiopat. 1. Fisiopat. 2. e mecanismos inflamatórios monoclonais

### 03 Asma e sibilância recorrente

**Fisiopatologia:**

Crianças com asma têm mais episódios de dor por crises vaso-occlusivas e síndrome torácica aguda.

- Estenose das vias aéreas
- Incompatibilidade ventilação-perfusão
- Hipóxia e acidose local
- Devido da curva de dissociação de O<sub>2</sub> para a direita
- Faloformização e inflamação sistêmica
- Complicações respiratórias da drepanocitose

### 03 Asma e sibilância recorrente

**Diagnóstico:**

Síntomas semelhantes ao crônico e obstrutivo → avaliar a presença de asma importante **excluir outras patologias**: infecções virais, refluxo gastroesofágico, asma viral, tosse crônica, bronquiectasias, tuberculose, distúrbio da voz, etc.

**Provas de função respiratória:** Inesimetria com oxima de bromelatina

**Tratamento:**

Igual às crianças sem drepanocitose. **Corticóide inalado** com 12 aspiradores inalatórios como medicação de manutenção.

**Exacerbação aguda:** corticóides sistêmicos. Corrado, ter em atenção que aumenta a dor nas crises vaso-occlusivas e aumentar o risco de necrose avascular.

### 04 Hipertensão pulmonar

### 04 Hipertensão Pulmonar

**Epidemiologia:**

Crianças com menos de dez anos: **10%**  
Aos 19 anos: **30%**

**Tipos de Hipertensão Pulmonar (HP):**

- HP pré-capilar
- HP pós-capilar

**Etiologia e Fisiopatologia:**

Progressiva obliteração da vasculatura pulmonar

- Remodeling vascular irreversível associado à hipóxia crônica
- Episódios de tromboembolismo pulmonar recorrentes
- Vasculopatia
- Lesões pulmonares residuais por STA de repetição
- Dilatação ventricular esquerda, devido à anemia crônica.

### 04 Hipertensão Pulmonar

**Manifestações Clínicas:**

É mais expressiva no final da adolescência.

Os sintomas mais comuns incluem **fadiga, dispnéia exercitória, exercício físico, tonturas, síncope, dor torácica e palpitações.**

Ap exame objetivo:

- Auscultação cardíaca: S2 hipertentônico e sopro holossistólico.
- Frequência cardíaca ligeira, aumento de hepatomegalia.

**Diagnóstico e MCDTE:**

**Diagnóstico definitivo** → Cateterismo Cardíaco (método invasivo)

**Alternativa** → Medição da velocidade de regressão da velocidade análoga em ecodoplografia transtorácica.

Outros MCDTE:

**Rastreamento de triax:** cardiomegalia e proeminência da vasculatura pulmonar proximal.

**Electrocardiograma:** dipolo da onda para a direita.

### 04 Hipertensão Pulmonar

**Rastreo:**

Rastreo ecocardiográfico começa até aos oito anos de idade.

**Deve ser realizado em doentes estáveis.**

Os casos com evidência de hipertensão pulmonar no ecocardiograma devem ser submetidos a uma **avaliação cardiopulmonar**, pletismografia, testes de função pulmonar, avaliação de doença tromboembólica e necessidade de oxigenação, com o objetivo de identificar fatores predisponentes.

**Tratamento:**

- Oxigenoterapia em casos de hipoxemia, com o objetivo de alcançar uma SpO<sub>2</sub> >90% em repouso, durante o esforço e durante o sono.
- Tratamento de comorbilidades respiratórias, como a asma ou SAOS
- Recomenda-se o uso de hidralazina como primeira linha de tratamento.

### 05 Tromboembolismo Pulmonar

### 05 Tromboembolismo Pulmonar Recorrente

**Epidemiologia:**

Raro em crianças, mas possível e frequentemente subdiagnosticado.

**Fatores de risco:**

- Estado de hipercoagulabilidade
- Episódios prévios de STA
- Presença de cateteres venozos centrais.

**Manifestações clínicas:**

Dipnoia súbita, dor torácica, hipoxemia e taquipneia. Pode reiniciar-se e coexistir com STA.

**Diagnóstico:**

Angio-TC pulmonar é o exame de escolha.

**Tratamento:**

- Anticoagulação com heparina de baixo peso molecular
- Transição para anticoagulantes orais.

**Importância clínica:**

TEP pode agravar o prognóstico da doença, deve ser visto cuidadosamente.

### 06 Conclusão

## 06 Conclusão

Crianças com drepanocitose

↓  
Complicações pulmonares + frequentes  
+ morbidade associada  
+ mortalidade associada

Identificação e intervenção precoces

## Bibliografia

- Mehari A, Kings ES. Chronic Pulmonary Complications of Sickle Cell Disease. *Chest*. 2016;149(5):1313-1324. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.032>
- CLEAR DYN. Compilções Respiratórias Da Doença de Células Falciformes Em Idade Pediátrica. 2020. Accessed May 7, 2025. <https://repositorio.ulbva.pt/bitstream/10451/46713/1/Daniel@CLEAR.pdf>
- Kings ES, Willen S. Overview of the pulmonary complications of sickle cell disease. UpToDate. Published August 26, 2024. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-pulmonary-complications-of-sickle-cell-disease>
- Angiani M, Gupta A. Management of chronic respiratory complications in children and adolescents with sickle cell disease. *European Respiratory Review*. 2020;29(157). doi:<https://doi.org/10.1183/16000617.0054-2020>
- Sundt P, Gladwin MT, Novelli EM. Pathophysiology of Sickle Cell Disease. *Annual Review of Pathology*. 2019;14(1):263-292. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-pathmechdis-012418-012838>
- Vichinsky EP, Frenkel J. Overview of the clinical manifestations of sickle cell disease. UpToDate. Published January 23, 2025. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-manifestations-of-sickle-cell-disease>

## Anexo 4 - Certificados

### 4.1. Certificado de Participação no curso TEAM (Trauma Evaluation and Airway Management)



### Certificado


Pelo presente se certifica que

**DIOGO ALBERTO RODRIGUES NENO**

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 12 e 13 de Setembro de 2024.

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

## 4.2. Certificado de Participação na Sessão de Simulação Luz Learning Health



Certificado de participação

**Diogo Alberto Rodrigues Neno**

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Setembro 2024

Presencial | 18 de Setembro de 2024 | 3 horas

Código do certificado: C 66e809147084

Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth  
Avenida Lusitana, 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

## 4.3. Certificado de Participação no Workshop “Eletrocardiografia”



### Certificado

Certificamos que **Diogo Alberto Rodrigues Neno, N° 2019232**, participou no Workshop intitulado *Eletrocardiografia*, no dia 04 de dezembro de 2024, lecionado pelo Dr. Vítor Mendes, incluído no programa de formação da UC Medicina Estágio Parcelar 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Dr. Vítor Mendes

## 4.4. Certificado de Conclusão do Nível Alemão B2.2



### TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

#### Declaração de participação

##### Diogo Alberto Rodrigues Neno

Vorname und Name | Nome

11.07.2000 | 11/07/2000  
geboren am | nascido(a) a

Santarém  
geboren in | em

hat in der Zeit vom **12.10.2024** bis **08.02.2025**  
an einem Deutschkurs im Goethe-Institut Lisboa teilgenommen.  
frequentou um curso de alemão no período de **12/10/2024** a **08/02/2025**  
no Goethe-Institut Lisboa:

##### B2.2, sábado, 14:00-17h30, WS2425

Kursumfang gesamt: 60 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten  
Número total de aulas: unidades lectivas de 45 minutos

Teilnahme: 48 von 60 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten  
Presenças: de unidades lectivas de 45 minutos

Referenzniveau des Kurses: | Nível de referência do curso:

A1  A2  B1  B2  C1  C2

Das Niveau B2 umfasst folgende Kursstufen: B2.1, B2.2, B2.3  
O nível B2 compreende os seguintes módulos: B2.1, B2.2, B2.3

Diogo Alberto Rodrigues Neno hat den Kurs mit **gutem Erfolg** besucht.  
Diogo Alberto Rodrigues Neno concluiu o curso com a classificação **Bom**.

Die Bewertungsskala umfasst folgende Einteilung: mit sehr gutem Erfolg, mit gutem Erfolg, mit Erfolg.  
A escala de avaliação corresponde à seguinte classificação: Muito bom, Bom, Suficiente.

Diese Teilnahmebestätigung ist kein Zeugnis. Sie wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.  
Esta declaração de participação não é um certificado. Ela foi gerada automaticamente e não requer assinatura.

Lisboa  
Ort | local

08/02/2025  
Datum | Data

#### 4.5. Certificado de Participação CEMEF - Curtos Estágios Médicos em Férias



**anem**

**Certificado**  
Estágios Nacionais

Emitido por:  
ANEM - Associação Nacional de Estudantes de Medicina

Identificação:  
Nome: Diogo Alberto Rodrigues Neno  
Número de identificação civil: 15349131  
5º ano curricular da NMS|FCM

Atividade certificada:  
**Participação CEMEF - Curtos Estágios Médicos em Férias**  
Frequentou e concluiu um estágio no âmbito de (magiologia na instituição Hospital de Vila Franca de Xira, no período de 22 de julho a 2 de agosto de 2024, integrado na modalidade CEMEF dos Estágios Nacionais organizados pela ANEM.

Data de emissão:  
16 de outubro de 2024



  
**Rita Ribeiro**  
Presidente

  
**Martim Rocha**  
Diretor de Saúde Global e Estágios

associação nacional de estudantes de medicina | alameda prof. hernâni monteiro, 4200-379 porto | [estagios@anem.pt](mailto:estagios@anem.pt)



NEMUM (Braga)   AEFMUP (Porto)   AEICBAS (Porto)   MedUBI (Covilhã)  
NEM/AAC (Coimbra)   AEFML (Lisboa)   AENMS (Lisboa)   NEMed-AAUAlg (Faro)