

6º ANO | MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA  
ANO LETIVO 2022-2023

NOVA MEDICAL SCHOOL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

# RELATÓRIO FINAL

## ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE



Figura 1 - Pintura em aguarela (Ana Rita Duarte, Maio 2023)

UC ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE  
REGENTE: PROFESSOR DOUTOR RUI MAIO  
ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA PAULA LEIRIA PINTO

ANA RITA CARREGA DUARTE | 2017218

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....</b>	<b>2</b>
<b>2. O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE .....</b>	<b>2</b>
2.1. CIRURGIA GERAL.....	2
2.2. MEDICINA INTERNA.....	3
2.3. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA .....	3
2.4. SAÚDE MENTAL.....	4
2.5. MEDICINA GERAL E FAMILIAR.....	4
2.6. PEDIATRIA.....	4
<b>3. UNIDADE CURRICULAR OPCIONAL.....</b>	<b>5</b>
<b>4. ELEMENTOS VALORATIVOS .....</b>	<b>5</b>
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA .....</b>	<b>6</b>
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>9</b>
6.1. ANEXO 1 – ATIVIDADES DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE .....	9
6.2. ANEXO 2 – TRABALHOS REALIZADOS.....	10
6.2.1. Slides – Cirurgia Geral: “Caso Clínico: Uma grande cirurgia para uma pequena lesão”.....	10
6.2.2. Slides – Medicina Interna: “Abordagem ao doente com Hemorragia Digestiva”.....	12
6.2.3. Slides – Ginecologia e Obstetrícia: “Malária na Gravidez: a propósito de um caso clínico”.....	16
6.2.4. Slides – Medicina Geral e Familiar: “Caso Clínico: Artrite Reumatóide”.....	18
6.2.5. Slides – Pediatria: “Hiperinsulinismo congénito: a propósito de um caso clínico”.....	19
6.3. ANEXO 3 - CASUÍSTICA .....	21
6.3.1. CIRURGIA GERAL.....	21
6.3.2. MEDICINA INTERNA.....	22
6.3.3. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	25
6.3.4. SAÚDE MENTAL.....	27
6.3.5. MEDICINA GERAL E FAMILIAR.....	28
6.3.6. PEDIATRIA.....	29
6.4. ANEXO 4 – CERTIFICADOS.....	31
6.4.1. Participação no curso TEAM – Trauma Evaluation and Management (2022).....	31
6.4.2. Participação na Sessão de Simulação Luz Learning Health (2022).....	31
6.4.3. Participação no Workshop “Equilíbrio Ácido-Base” (2023).....	32
6.4.4. Participação no Workshop “Decisões de fim de vida” (2023).....	32
6.4.5. Declaração de Monitora Voluntária do Departamento de Anatomia (2018/2019).....	33
6.4.6. Certificado de Presidente da Comissão de Curso do 1º ano do MIM (2017/2018).....	34
6.4.7. Participação no 2nd International Diagnostic Championship (2019).....	35
6.4.8. Certificado de Formação de Operador Júnior da Linha SNS24 (2022).....	36
6.4.9. Declaração de Operador de Linha SNS24 (2022).....	36
6.4.10. Estágio Pré-Clínico Peclicuf em cuidados de enfermagem (2018).....	37
6.4.11. Estágio Clínico Peclicuf Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria-Neonatologia (2021).....	37

6.4.12.	<i>Certificado de participação no congresso iMed Conference 11.0 (2019)</i> .....	38
6.4.13.	<i>Certificado de participação no congresso VASC (2021)</i> .....	39
6.4.14.	<i>Certificado de participação no congresso 27th Infection and Sepsis Symposium (2022)</i> .....	40
6.4.15.	<i>Certificado de participação no congresso iMed Summit (2023)</i> .....	41
6.4.16.	<i>Certificado de participação no congresso 28th Infection and Sepsis Symposium (2023)</i> .....	42
6.4.17.	<i>Certificados de participação em palestras</i> .....	43
6.4.18.	<i>Certificado de participação no curso “Terapêutica Antibiótica para Universitários” (2021)</i> .....	56
6.4.19.	<i>Declaração de Vogal da AEFCM (2019)</i> .....	57
6.4.20.	<i>Declaração de membro do Grupo de Trabalho de Educação Médica da AEFCM (2020)</i> .....	58
6.4.21.	<i>Certificado de membro da Comissão Organizadora do iMed Conference 14.0 (2023)</i> .....	59
6.4.22.	<i>Artigo de Revisão “β-Lactams dosing in critical patients: A narrative review of optimal efficacy and the prevention of resistance and toxicity” (2022)</i> .....	60
6.4.23.	<i>Certificado de voluntária no Banco Alimentar Contra a Fome (2019)</i> .....	61
6.4.24.	<i>Certificado de voluntária no projeto “Hospital da Bonecada” (2018)</i> .....	62
6.4.25.	<i>Certificado de voluntária no projeto “Apoio aos Sem Abrigo” (2018)</i> .....	63
6.4.26.	<i>Certificado de voluntária no projeto “Apoio aos Sem Abrigo” (2019)</i> .....	64
6.4.27.	<i>Certificado de voluntária no projeto “Natal Diferente” (2018)</i> .....	65
6.4.28.	<i>Certificado de voluntária no projeto “Rastreios à população - MarcaMundos” (2018)</i> .....	66
6.4.29.	<i>Certificado de voluntária no na associação AAMA – Colónia de Férias para crianças com necessidades educativas especiais (2019)</i> .....	67
6.4.30.	<i>Certificado de Coordenadora de Imagem na Revista FRONTAL (2019)</i> .....	68

## 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Os principais objetivos da educação médica pré-graduada delineados no documento *O Licenciado Médico em Portugal*<sup>1</sup> incluem (1) a aquisição de conhecimentos das ciências básicas e clínicas, de epidemiologia, de humanidade e de ética; (2) o desenvolvimento de atitudes e comportamentos profissionais essenciais e adequados ao exercício da medicina, (3) alcançar aptidões clínicas e de procedimentos práticos básicos e (4) adquirir estratégias de comunicação interpessoal com doentes e com os restantes profissionais de saúde. Assim, tendo como base os princípios assentes nos documentos supracitados e estando ciente das minhas lacunas até à data, determinei algumas metas pessoais, transversais a todos os estágios parcelares: (1) consolidar os meus conhecimentos teóricos e melhorar o meu raciocínio clínico acerca das principais entidades nosológicas inerentes a cada especialidade; (2) praticar a colheita de história clínica, a realização de exame objetivo completo e a realização de procedimentos e gestos médicos simples; (3) desenvolver estratégias de abordagem clínica e de discussão multidisciplinar; (4) definir necessidades de aprendizagem diferentes em cada especialidade tendo como base as minhas limitações teóricas e práticas e as ferramentas necessárias para as colmatar; (5) aperfeiçoar as minhas competências relativas à construção da relação médico-doente e a comunicação com os doentes e famílias; e (6) aprimorar as minhas aptidões de comunicação e investigação científica em contexto clínico. O presente relatório visa enunciar sumariamente as atividades desenvolvidas ao longo deste último ano bem como durante todo o meu percurso enquanto estudante de medicina. Primeiramente, descrevo os aspetos mais relevantes de cada estágio parcelar e do estágio opcional; de seguida, apresento todos os elementos curriculares e extracurriculares que contribuíram para o enriquecimento do meu percurso académico e termino com uma reflexão crítica sobre as atividades anteriormente descritas.

## 2. O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O Estágio Profissionalizante integra o plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, marcando o último contacto do estudante de medicina pré-graduado com a prática clínica hospitalar ao longo de 32 semanas distribuídas por seis especialidades distintas, as quais realizei pela ordem cronológica enunciada de seguida.

### 2.1. CIRURGIA GERAL

5 setembro 2022 – 28 outubro 2022 | Hospital da Luz de Lisboa | Regente: Professor Doutor Rui Maio | Tutor: Dr. Carlos Ferreira

Os objetivos principais propostos pela UC são a aquisição de competências clínicas associadas à gestão do doente cirúrgico na sua globalidade, focando essencialmente na anamnese, exame objetivo, diagnóstico diferencial e execução de técnicas de pequena cirurgia; e de formação social, relacionadas com o respeito, ética e trabalho em equipa. Paralelamente a estes objetivos gerais, defini alguns objetivos individuais, nomeadamente (1) a aplicação dos princípios fundamentais de abordagem do doente cirúrgico no contexto de consulta externa, serviço de urgência, bloco operatório e internamento; (2) a colaboração nos procedimentos cirúrgicos; (3) a melhoria da técnica de assepsia; e (4) a realização autónoma de procedimentos simples como colocação/remoção de agrafos, drenagem de abscessos, treino de suturas simples e nós cirúrgicos. A casuística relativa ao estágio encontra-se no anexo 6.3.1. Adicionalmente, frequentei o estágio opcional de Anestesiologia durante duas semanas, sob orientação

do Dr. Pedro Costa Gomes. Durante este estágio participei nos vários procedimentos incluídos na indução anestésica e abordagem da via aérea através da ventilação com máscara facial e ambu, da colocação e extração de um total de 7 máscaras laríngeas e com a realização de uma entubação orotraqueal sob laringoscopia direta. Adicionalmente, realizei um bloqueio periférico do plexo braquial por abordagem interescalénica. Paralelamente ao estágio prático, realizei o curso TEAM (anexo 6.4.1) e a Simulação *Luz Learning Health* (anexo 6.4.2). No decorrer do estágio assisti a diversas reuniões multidisciplinares e às várias sessões clínicas dinamizadas (anexo 6.1., Tabela 1.2). O estágio concluiu com um mini-congresso onde apresentei um trabalho relativo a um caso clínico, denominado *“Uma grande cirurgia para uma pequena lesão”* (anexo 6.2.1), adicionalmente à elaboração do relatório final.

## 2.2. MEDICINA INTERNA

31 outubro 2022 – 8 janeiro 2023 | Hospital Curry Cabral | Regente: Professor Doutor Fernando Nolasco | Tutora: Dra. Eunice Patarata

Sendo a Medicina uma das áreas centrais e essenciais na formação de um médico, defini como objetivos pessoais (1) participar no processo de gestão clínica dos doentes (admissão, observação, pedido de exames complementares, realização de plano terapêutico, pedidos de colaboração e comunicação com familiares); (2) desenvolver capacidades de abordagem de doentes em contexto de urgência; (3) praticar a realização de documentos clínicos como notas de entrada, notas de alta, notas de transferência, diários clínicos, pedidos de colaboração de outras especialidades e de referenciação; (4) dominar a realização de técnicas simples como a gasimetria arterial; e (5) desenvolver capacidade de exposição pública de situações clínicas complexas, bem como de justificação de opções terapêuticas. Ao longo das 8 semanas de estágio tive uma participação ativa na observação diária dos doentes internados, tendo adquirido uma autonomia gradual na sua observação e gestão terapêutica. Ficava responsável diariamente por dois a três doentes, com a devida supervisão por um assistente ou interno da especialidade, e discutia os achados observados em cada doente assim como o plano terapêutico proposto. Paralelamente, redigi diários clínicos, notas de entrada, notas de alta, notas de transferência, pedidos de colaboração de outras especialidades e de referenciação. Adicionalmente à atividade de enfermaria, participei no serviço de urgência, em serviço de observação e balcão, e na consulta externa de doenças autoimunes. No anexo 6.3.2 encontra-se a casuística relativa ao estágio de medicina interna. Assisti a duas sessões clínicas (anexo 6.1) e a dois workshops dinamizados pela UC (anexos 6.4.3 e 6.4.4). O estágio terminou com uma apresentação acerca de *“Hemorragia Digestiva”* (anexo 6.2.2) e com a redação e discussão do relatório.

## 2.3. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

17 janeiro 2023 – 10 fevereiro 2023 | Maternidade Alfredo da Costa | Regente: Professora Doutora Teresinha Simões | Tutora: Dra. Celina Ferreira

Para o estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia defini como objetivos (1) acompanhar as várias fases da vigilância da gravidez de alto risco; (2) compreender os principais protocolos de atuação perante um parto eutócico e distócico; (3) dominar os conceitos teóricos que integram a patologia ginecológica mais comum e a sua respetiva abordagem; (4) realizar autonomamente exame objetivo ginecológico incluindo o exame ao espécuro, o toque vaginal e a palpação bimanual; e (5) adquirir conhecimentos relativos à realização de ecografia obstétrica. Ao longo do estágio tive oportunidade de contactar com as diversas valências da especialidade, incluindo a consulta externa de alto risco obstétrico, consulta de obstetrícia (referência), consulta de ginecologia, consulta de patologia hipertensiva da gravidez, a enfermaria de

Medicina Materno-Fetal, o puerpério, o Serviço de Urgência, o bloco de partos, o bloco operatório, a ecografia obstétrica e a histeroscopia. A casuística relativa ao estágio encontra-se no anexo 6.3.3. A avaliação consistiu na apresentação de um caso clínico intitulado de *“Malária na Gravidez”* (anexo 6.2.3) e na redação e discussão do relatório de estágio.

## 2.4. SAÚDE MENTAL

13 fevereiro – 10 março 2023 | Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa | Regente: Professor Doutor Miguel Talina | Tutora: Dra. Joana Teixeira

Para o estágio de Saúde Mental, defini como principais objetivos: (1) Identificar sintomas de perturbação psiquiátrica e diferenciá-los do funcionamento psicológico normal; (2) sistematizar a abordagem terapêutica das principais patologias psiquiátricas e (3) desenvolver competências comunicacionais e relativas ao estabelecimento da aliança terapêutica médico-doente. Contactei exclusivamente com a patologia do uso do álcool e frequentei o Internamento, onde a maioria dos doentes se encontrava em desintoxicação; a consulta externa de alcoologia, a UTRA (Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcológica) e o Serviço de Urgência. A análise casuística relativa ao estágio encontra-se no anexo 6.3.4. A avaliação final consistiu na escrita e discussão de uma história clínica e na elaboração do relatório de estágio.

## 2.5. MEDICINA GERAL E FAMILIAR

13 março 2023 – 14 abril 2023 | USF Ribeirinha – Arco Ribeirinho | Regente: Professor Doutor Daniel Pinto | Tutora: Dra. Sofia Cruz Neves

As 4 semanas do estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar permitiram-me definir como principais objetivos: (1) dominar a capacidade de realizar consulta de forma autónoma; (2) sistematizar a abordagem dos problemas mais prevalentes nos cuidados de saúde primários e (3) familiarizar-me com as plataformas de registo clínico e de referenciação. O estágio foi organizado em três grandes períodos: o primeiro, com o acompanhamento das várias consultas em regime observacional; o segundo, com a realização supervisionada de anamnese e exame objetivo; e o terceiro com a realização de consultas num modelo de autonomia parcial com observação de doentes e discussão apoiada do plano terapêutico. Acompanhei consultas de adultos, planeamento familiar, saúde materna, doença aguda e saúde infantil (anexo 6.3.5). Realizei exame objetivo, medição de sinais vitais e treinei a auscultação do foco fetal e a realização de exame objetivo ginecológico com observação ao espéculo e colheitas de colpocitologia. Adicionalmente, realizei pedidos de exames complementares, elaborei registos clínicos, receitas médicas e participei na transcrição de exames. A avaliação consistiu na escrita e discussão oral de um caso clínico de artrite reumatóide (anexo 6.2.4), inserido na realização do Diário de Exercício Orientado.

## 2.6. PEDIATRIA

17 abril 2023 – 12 maio 2023 | Hospital Dona Estefânia | Regente: Professor Doutor Luís Varandas | Tutora: Dra. Raquel Maia

Os principais objetivos que defini para o estágio parcelar de Pediatria foram: (1) consolidar o conhecimento teórico e prático relativo às principais entidades nosológicas do doente pediátrico; (2) dominar a realização de exame objetivo nas diferentes fases da vida e (3) adquirir capacidades comunicacionais com o doente pediátrico e com os seus cuidadores. O meu estágio decorreu maioritariamente no Serviço de Hematologia Pediátrica, tendo passado pela enfermaria de hematologia, consulta externa de hematologia, hemoglobinopatias e coagulação, hospital de dia e serviço de urgência

(anexo 6.3.6). Adicionalmente, assisti a várias sessões clínicas (anexo 6.1, Tabela 1.2). A avaliação consistiu na colheita e discussão de duas histórias clínicas, na realização de um trabalho final relativo a um caso clínico designado “*Hiperinsulinismo congénito*” (anexo 6.2.5) e na elaboração e discussão do relatório de estágio.

### 3. UNIDADE CURRICULAR OPCIONAL

Realizei o Estágio Opcional no Serviço de Anestesiologia I do Centro Hospitalar de Setúbal sob a tutoria do Dr. Tiago Taleço e da Dra. Raquel Louzada. O meu interesse pela área da anestesiologia motivou-me a que estabelecesse diferentes objetivos para este estágio, sendo eles: (1) familiarização com os principais equipamentos utilizados na anestesiologia (ventilador, monitores de sinais vitais, BIS, TOF e seringas perfusoras); (2) Compreender os principais fármacos utilizados na indução e manutenção da anestesia geral endovenosa (*TIVA*) e balanceada; (3) dominar a técnica de ventilação com máscara facial e ambu e praticar a técnica da intubação orotraqueal; e (4) conhecer os principais protocolos de gestão de dor num doente em pós-operatório. Durante o estágio tive oportunidade de praticar a colheita de história clínica utilizando a nomenclatura CHAMU-V (Circunstâncias, História prévia, Alergias, Medicação habitual, Última refeição, Via aérea), pratiquei a intubação orotraqueal sob videolaringoscopia e a ventilação com máscara facial e ambu.

### 4. ELEMENTOS VALORATIVOS

Ao longo de todo o meu percurso académico procurei sempre envolver-me em atividades extracurriculares de índole académica, formativa, associativa, científica, de voluntariado e artístico-cultural. Na **atividade académica**, integrei o Departamento de Anatomia como monitora convidada (anexo 6.4.5) e fui presidente da Comissão de Curso em 2017/2018 (anexo 6.4.6), onde representei os alunos do 1º ano do MIM da NMS|FCM no Conselho Pedagógico. Adicionalmente, em 2018 fui a vencedora do *Pathology Day*, um concurso relacionado com a UC de Anatomia Patológica, realizado pela Professora Doutora Ana Félix e dirigido a todos os alunos do 2º ano do MIM. Em 2019, participei no *International Diagnostic Championship*, uma competição internacional de resolução de casos clínicos dinamizada pela IFMSA (*International Federation of Medical Students Associations*) (anexo 6.4.7). No contexto da pandemia Covid-19, tornei-me colaboradora do SNS24 (anexos 6.4.8 e 6.4.9), tendo trabalhado como operadora de linha durante o ano de 2021. Relativamente à atividade de índole **formativa**, destaco a realização de um estágio pré-clínico opcional de cuidados de enfermagem em 2018, durante o 1º ano (anexo 6.4.10); adicionalmente, realizei um estágio clínico opcional em 2021 nas especialidades de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria-Neonatologia no Hospital Cuf Descobertas (anexo 6.4.11). Destaco adicionalmente os diferentes congressos em que participei, nomeadamente o *iMed Conference 11.0* (anexo 6.4.12) o *Virtual Academic Surgery Conference (VASC)* (anexo 6.4.13), o *27th Infection and Sepsis Symposium* (anexo 6.4.14), o *iMed Summit 2023* (anexo 6.4.15) e o *28th Infection and Sepsis Symposium* (anexo 6.4.16). Finalmente, assisti a várias palestras (anexos 6.4.17) e realizei ainda um Curso de Terapêutica Antibiótica para Universitários em 2021 (anexo 6.4.20). No que concerne à atividade **associativa**, em 2019 fui convidada a integrar a Direção da AEFCM como Coordenadora da Ação Social do Departamento de Responsabilidade Social, onde desenvolvi e coordenei projetos de voluntariado; adicionalmente, fui a *Local Officer for Human Rights* da ANEM (Associação Nacional de Estudantes de Medicina) (anexo 6.4.21)

Em 2020, integrei o Grupo de Trabalho em Educação Médica da AEFM (anexo 6.4.22) e em 2022 fui membro da Comissão Organizadora do *iMed Conference 14.0* (anexo 6.4.23), onde organizei a *Clinical Mind Competition* e um conjunto de diferentes casos clínicos das especialidades de Cirurgia Geral, Nefrologia, Hematologia e Psiquiatria em conjunto com diferentes especialistas. Relativamente à **atividade científica**, participei na elaboração e publicação de um Artigo de Revisão intitulado “*β-Lactams dosing in critical patients: A narrative review of optimal efficacy and the prevention of resistance and toxicity*” na revista *antibiotics* © 2022 MDPI, com o DOI: 10.3390/antibiotics11121839, em conjunto com o Professor Doutor João Gonçalves Pereira (Hospital Vila Franca de Xira), Professora Doutora Susana Fernandes (Clínica Universitária de Medicina Intensiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa) e Dra. Joana Fernandes (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro). O *abstract* encontra-se disponível no anexo 6.4.24. Realizei adicionalmente uma vasta **atividade de voluntariado**: em 2019, fui chefe de equipa do Banco Alimentar Contra a Fome (anexo 6.4.25), realizei atividades de voluntariado pontual na Comunidade Vida e Paz com a confeção e distribuição de refeições aos sem-abrigo da região de Lisboa durante 2018 e 2019 (anexos 6.4.27 e 6.4.28) e em agosto de 2019 integrei a AAMA (Associação de Atividade Motora Adaptada), onde realizei 16 horas de formação em desporto adaptado e psicomotricidade e integrei a equipa de monitores da colónia de férias para crianças com necessidades educativas especiais num total de 110 horas de voluntariado (6.4.31). Finalmente, na **atividade artístico-cultural**, fui coordenadora da Equipa de Imagem da Revista *FRONTAL* durante o ano de 2019 (anexo 6.4.32), onde participei no desenho e produção relativos ao *design* gráfico da revista; atualmente, pratico um dos meus *hobbies* favoritos de pintura de aquarela que fui desenvolvendo ao longo do curso, encontrando-se um exemplar na capa do presente relatório (Figura 1) e outro na página 8 (Figura 2).

## 5. REFLEXÃO CRÍTICA

Olhando retrospectivamente para os últimos seis anos, é inevitável realizar uma análise e uma reflexão de todo o percurso percorrido até à data de hoje: os primeiros anos englobaram a aquisição de conhecimentos teóricos relativos aos vários domínios das ciências da saúde; a estes, seguiram-se os anos clínicos, nos quais a rotação pelas diferentes especialidades permitiu a consolidação dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos. Tendo como base os **objetivos transversais** definidos inicialmente, considero que a consolidação de conhecimentos teóricos relativos às principais entidades nosológicas inerentes a cada especialidade foi cumprida com distinção em todas as especialidades; para o cumprimento deste objetivo foram essenciais não só as rotações contempladas no estágio profissionalizante como também todos os congressos médicos e palestras a que assisti durante o meu percurso académico. O cumprimento dos objetivos inerentes à prática da realização de histórias clínicas, realização de exame objetivo completo e de procedimentos médicos e/ou cirúrgicos simples foi conseguido através da rotação pelas seis especialidades que pautam o estágio profissionalizante, as quais permitiram um contacto próximo com o doente tanto em ambiente de enfermaria, consulta e urgência hospitalar como em ambiente de cuidados de saúde primários. No que concerne ao desenvolvimento de estratégias de abordagem clínica e discussão multidisciplinar, o estágio de Medicina Interna adquiriu uma particular importância, na medida em que durante esta rotação me foi possível a discussão de diversos doentes com especialistas de diferentes áreas. Ademais, para cumprimento do objetivo relativo ao aperfeiçoar da construção da relação médico-doente, o estágio de Pediatria assumiu particular

importância: na Pediatria, a aliança médico-doente é constituída por uma *tríade médico-doente-cuidador*; nesta relação, o cuidador fornece informações adicionais relativas ao quadro clínico e, ao mesmo tempo, também constitui um instrumento de avaliação por parte do médico, pois pode também ser a fonte da situação clínica do doente. Paralelamente, o estágio de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar constituíram a melhor oportunidade para a prática de medicina tutelada, nos quais assumi a responsabilidade de colheita de dados anamnésicos e de realização de exame objetivo de forma autónoma; no entanto, o principal desafio de ambos os estágios constituiu exatamente na comunicação com o doente, quando este perguntava pela minha opinião acerca do seu quadro clínico ou dos resultados dos métodos complementares de diagnóstico realizados. Foi durante estes dois estágios que mais treinei as minhas competências relativas ao estabelecimento da relação médico-doente.

Finalmente, o objetivo de aprimorar as minhas capacidades de **investigação clínica** foi cumprido com a publicação de um artigo de revisão. Na altura da publicação, o *impact factor* da revista era de 4.94, tendo o artigo sido nomeado de *editor's choice*, e contando atualmente com 3 citações. A escrita deste artigo implicou uma vasta investigação na área da antibioterapia e abordagem hospitalar ao doente crítico, constituindo, assim, um marco importante na minha formação enquanto estudante de medicina pré-graduada, catalisando o meu gosto pela investigação clínica e permitindo-me adquirir ferramentas importantes para investigações futuras. **Particularizando alguns aspetos positivos e negativos inerentes a cada uma das rotações**, considero que o estágio de **Cirurgia Geral** permitiu a sistematização dos princípios e algoritmos de abordagem a diversas patologias cirúrgicas; no entanto, o facto de ter contactado quase exclusivamente com patologia colorretal constituiu uma lacuna na minha formação prática, assim como o facto de não ter participado no Serviço de Urgência, o qual considero fulcral para um estudante de medicina pré-graduado. Relativamente ao estágio de **Medicina Interna**, paralelamente ao meu crescimento em termos clínicos foi notória também a melhoria das minhas capacidades comunicacionais com os doentes perante a sua situação de fragilidade; considero que o principal aspeto negativo foi o facto de não ter explorado outras valências da especialidade como o Hospital de Dia ou a Hospitalização Domiciliária, assim como ter tido um contexto exclusivo com a patologia autoimune em ambiente de consulta externa. No estágio de **Ginecologia-Obstetrícia** realizei consultas de obstetrícia com autonomia parcial e efetuei procedimentos simples como medição do comprimento crânio-caudal do feto em ecografias obstétricas, avaliação da apresentação fetal e visualização ecográfica dos movimentos respiratórios e batimentos cardíacos fetais. Pude, adicionalmente, praticar a realização de exame objetivo ginecológico e de anamnese no Serviço de Urgência, assim como participar em cesarianas e observar partos eutócicos e distócicos. Sendo esta uma área de particular interesse pessoal, considero que os meus objetivos iniciais, apesar de extremamente ambiciosos, foram grandiosamente cumpridos. No que concerne ao estágio de **Saúde Mental**, o facto de ter contactado apenas com a perturbação do uso do álcool constituiu uma grande lacuna na minha formação, uma vez que não contactei com as principais entidades nosológicas da psiquiatria geral como as perturbações afetivas, neurocognitivas, psicóticas e de ansiedade, as quais são extremamente mais frequentes na população geral. Aplico a mesma crítica ao estágio de **Pediatria**, no qual contactei maioritariamente com patologia do foro hematológico; no entanto, ressalvo que a realização de um vasto número de horas em ambiente de Serviço de Urgência permitiu-me o contacto com as principais patologias que pautam a pediatria geral, colmatando assim a restrição da patologia com a qual contactei em ambiente de enfermaria e

consulta externa. Adicionalmente a todos os conhecimentos teórico-práticos aprimorados durante o estágio profissionalizante, as várias rotações permitiram-me aprender também uma série de **coisas que não vêm nos livros**: particularizando algumas destas aprendizagens, no estágio de **Medicina Interna**, contactei pela primeira vez em primeira mão com os vários problemas do Serviço Nacional de Saúde, não só relativos às infraestruturas hospitalares degradadas e à insuficiência de recursos materiais e profissionais, como também ao problema grave da inexistência de instituições capazes de receber os doentes em situação de indigência, culminando muitas vezes em internamentos prolongados e, não raramente, na aquisição de infeções nosocomiais e conseqüente morte do doente; no estágio de **Medicina Geral e Familiar**, aprendi o quão importante é o seguimento periódico dos doentes com vista à prática da medicina preventiva; paralelamente, durante este estágio foi notório o *papel terapêutico* que o a relação médico-doente tem em si própria, e que tão ou mais importante do que curar a doença, é necessário saber escutar quem mais sofre com ela.

Concluo esta reflexão debruçando-me acerca do percurso prévio ao meu ingresso no curso de Medicina. A busca incessante pelo cumprimento da minha vocação, guiada pela paixão pelo cuidado dos outros, levou-me a enfrentar inúmeros obstáculos até ser capaz de me aproximar da fachada da Faculdade de Ciências Médicas como estudante de medicina. Ainda antes de ingressar no curso que enfatizou a realidade das minhas limitações e a necessidade de decisões difíceis perante dilemas éticos acerca de *quando parar de investir*, vi-me obrigada a percorrer um caminho íngreme que testou o meu amor pela profissão médica. Envolta na dedicação e perseverança que me definem, trilhei este percurso singular *sem nunca considerar sequer desistir*. Afinal, ainda antes de entrar na faculdade, eu já possuía a *resiliência* necessária para ser médica. Sei que o sucesso obtido no meu percurso académico se deveu ao somatório de todas as atividades de índole médica, académica, formativa, associativa, científica, de voluntariado e artístico-culturais que realizei nos últimos seis anos. **Termino, hoje, o Mestrado Integrado em Medicina, ciente de tudo aquilo que aprendi, mas, sobretudo, da quantidade imensurável de coisas que tenho ainda para aprender.** Contemplo agora, com gratidão, as escarpas íngremes que conduziram ao meu ingresso no curso de Medicina, pois talvez tenha sido exatamente nessas dificuldades que encontrei a chave para a minha determinação em trilhar, com fervor, o caminho ainda mais árduo que agora se avizinha: afinal de contas, eu sempre gostei de desafios; e se o tempo voltasse atrás, garanto que repetiria o mesmo percurso as vezes que me fossem exigidas. Que o caminho árduo se estenda então diante de mim, pois estou disposta a superar cada obstáculo, a abraçar cada experiência e a extrair lições valiosas de cada dificuldade que surja. E só assim, no final desta jornada, poderei olhar para trás com o coração pleno de satisfação e orgulho, ciente de que valeu a pena enfrentar os desafios, trilhar este caminho difícil e dedicar-me diariamente à profissão que escolhi. **Afinal de contas, existe profissão mais bonita do que a minha?**

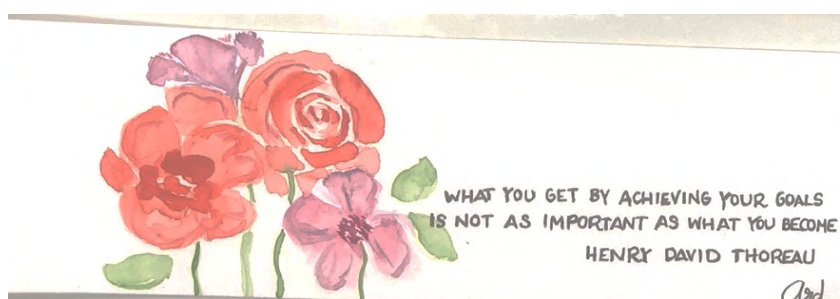


Figura 2 - Pintura em aguarela (Ana Rita Duarte, Maio 2023)

## 6. ANEXOS

### 6.1. Anexo 1 – Atividades do Estágio Profissionalizante

Tabela 1.1 – Cronograma dos estágios parcelares

ESTÁGIO	COORDENADOR	PERÍODO	TUTOR	LOCAL
<b>Cirurgia Geral</b>	Professor Doutor Rui Maio	5 setembro 2022 a 28 outubro 2022	Dr. Carlos Ferreira	Hospital da Luz de Lisboa
<b>Medicina Interna</b>	Professor Doutor Fernando Nolasco	31 outubro 2022 a 8 janeiro 2023	Dr.ª Eunice Patarata	Hospital Curry Cabral – Medicina 7.2
<b>Ginecologia e Obstetrícia</b>	Professora Doutora Teresinha Simões	17 janeiro 2023 a 10 fevereiro 2023	Dr.ª Celina Ferreira Dr.ª Francisca Magno	Maternidade Alfredo da Costa
<b>Saúde Mental</b>	Professor Doutor Miguel Talina	13 fevereiro a 10 março 2023	Dr.ª Joana Teixeira	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – Clínica 4
<b>Medicina Geral e Familiar</b>	Professor Doutor Daniel Pinto	13 março 2023 a 14 abril 2023	Dr.ª Sofia Cruz Neves	USF Ribeirinha
<b>Pediatria</b>	Professor Doutor Luís Varandas	17 abril 2023 a 12 maio 2023	Dr.ª Raquel Maia	Hospital Dona Estefânia - Hematologia

Tabela 1.2. – Sessões Clínicas assistidas durante o estágio profissionalizante

ESTÁGIO	TEMA DA SESSÃO CLÍNICA
<b>Cirurgia Geral</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. IACS e Resistência Antibiótica: Um desafio em grupo (07 setembro 2022)</li><li>2. Cuidados paliativos: via subcutânea, uma alternativa valiosa (14 setembro 2022)</li><li>3. Tabagismo: eterna pandemia (21 setembro 2022)</li><li>4. Síndrome hemofagocítica num pequeno lactente (28 setembro 2022)</li><li>5. Palestra “Cirurgião em Cenários de Guerra” (28 setembro 2022)</li><li>6. DBS na doença de Parkinson (12 outubro 2022)</li><li>7. Perturbação psiquiátrica secundária – a patologia médico-cirúrgica (19 outubro 2022)</li></ol>
<b>Medicina Interna</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sou intolerante à estatina – e agora? (09 novembro 2022)</li><li>2. Novas terapêuticas na Doença Arterial Periférica (15 novembro 2022)</li></ol>
<b>Pediatria</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dieta neutropénica – qual a evidência? (18 abril 2023)</li><li>2. Auto-inflamação, dermatose, linfoproliferação, infeções e variantes múltiplas; Elucidação de um caso de ganho de função Jak1 (02 maio 2023)</li><li>3. Cuidados Paliativos Pediátricos num Centro de Referência (09 maio)</li></ol>

## 6.2. Anexo 2 – Trabalhos realizados

Tabela 2 – Trabalhos realizados e apresentados durante o Estágio Profissionalizante

ESTÁGIO	TÍTULO
Cirurgia Geral	Caso Clínico: Uma grande cirurgia para uma pequena lesão
Medicina Interna	Abordagem ao doente com Hemorragia Digestiva
Ginecologia e Obstetrícia	Malária na Gravidez: a propósito de um caso clínico
Medicina Geral e Familiar	Caso Clínico: Artrite Reumatóide
Pediatria	Hiperinsulinismo congénito: a propósito de um caso clínico

### 6.2.1. Slides – Cirurgia Geral: “Caso Clínico: Uma grande cirurgia para uma pequena lesão”


**HOSPITAL DA LUZ** 6.º ANO - MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - 2022/2023 **NOVA MEDICAL SCHOOL**

**CASO CLÍNICO**

**“UMA GRANDE CIRURGIA PARA UMA PEQUENA LESÃO”**

Estágio Parcelar - Cirurgia Geral  
Hospital da Luz Lisboa  
Responsável do estágio: Professor Doutor Rui Maio  
Tutores: Dr. Carlos Ferreira e Dr.ª Carlota Branco

Ana Rita Duarte | 2017218  
Carolina Esteves | 2017235  
Margarida Pereira | 2017332  
Raquel Banheiro | 2017043



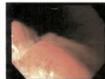
**CASO CLÍNICO**

**IDENTIFICAÇÃO**

→ JAB  
→ Q  
→ 54 anos

AP: Ø  
AF: Ø  
M: esomeprazol 20 mg/dia em jejum, lofazepato de etilo 2 mg SOS

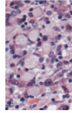
**ASSINTOMÁTICA** → **EDA com biópsias** (20/07/22) → **“Úlcera oval com ~ 8 mm e bordas irregulares na face anterior do corpo gástrico.”**



**CASO CLÍNICO**

**ANATOMIA PATOLÓGICA** (revisão de lâminas)

células em anel de sinete  
Ø E-cadherina  
HER2 -  
fenótipo MSS



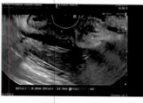
**CASO CLÍNICO**

**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - ESTADIAMENTO**

MCDT realizados:  
→ TC toraco-abdomino-pélvica  
→ Ecodensoscopia

“[...] lesão infiltrativa com invasão da submucosa e muscular, sem ruptura da parede da meséntria.”

“Sem adenopatias peri-lesionais, peri-gástricas ou da janela do tronco celíaco.”



**CASO CLÍNICO**

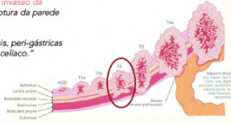
**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - ESTADIAMENTO**

MCDT realizados:  
→ TC toraco-abdomino-pélvica  
→ Ecodensoscopia

**cT2 N0 M0**

“[...] lesão infiltrativa com invasão da submucosa e muscular, sem ruptura da parede da meséntria.”

“Sem adenopatias peri-lesionais, peri-gástricas ou da janela do tronco celíaco.”



**CASO CLÍNICO**

**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - ESTADIAMENTO**

**cT2 N0 M0** → **Estadio IB**

	N0	N1	N2	N3
T1	IA	IB	IIA	IIB
T2	IB	IIA	IIB	IIIA
T3	IIA	IIB	IIIA	IIB
T4a	IIB	IIIA	IIB	IIIC
T4b		IIB		IIIC

M1 - Estadio IV

Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2016

**CASO CLÍNICO**

**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - TRATAMENTO**

**Estadio IB**  
cT2 N0 M0

Reunião multidisciplinar

Gastrectomia Radical + Linfadenectomia D2

**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

**RESSEÇÃO CIRÚRGICA COMPLETA + LINFADENECTOMIA D2**

**GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL?**

Crítérios de resecabilidade tumoral + localização da lesão

**TOTAL** vs **PARCIAL** (SUBTOTAL / DISTAL)

“At least two significant trials show no added survival benefit for total compared with partial gastrectomy for patients with distal tumours.”

Carcinoma de células pouco coesas: margem de 12cm


[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. (n.d.). Consultado a 15 out 2022.

**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

3. Identificação do pílora e ressecção distal - encorçamento do coto duodenal (prolene 3.0)

4. Progredir a ressecção pela região proximal do estômago, pelas curvaturas maior e menor



5. Isolamento e ressecção do pâncreas capáeum - variações anatómicas da artéria hepática



[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. (n.d.). Consultado a 15 out 2022.



**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

**TRONCO CELÍACO**



**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

**TRONCO CELÍACO**

**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

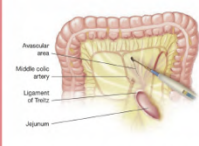

7. Transecção da margem proximal do estômago

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. (n.d.). Consultado a 15 out 2022.

**ABORDAGEM CIRÚRGICA**



7. Reconstrução em Y-en-Roux

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. (n.d.). Consultado a 15 out 2022.

**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

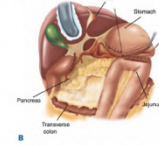

7. Reconstrução em Y-en-Roux

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. (n.d.). Consultado a 15 out 2022.

**ABORDAGEM CIRÚRGICA**

8. Reconstrução em Y-en-Roux

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. (n.d.). Consultado a 15 out 2022.

### ABORDAGEM CIRÚRGICA

1. Identificação da lesão e da margem de resecção proximal

**Gastrectomia total VS subtotal**

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022.

### ABORDAGEM CIRÚRGICA

2. Mobilização do grande epíplon e isolamento do cólon transverso

→ ATENÇÃO: artérias gastro-epilplicas e vasos gástricos curtos

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022.

### ABORDAGEM CIRÚRGICA

8. Reconstrução em Y-en-Roux

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022.

### ABORDAGEM CIRÚRGICA

#### LINFADENECTOMIA

D0 Qualquer linfadenectomia < D1

D1 Periéplica: 1-7  
D1 + D1 + Ba, 9-11p

D2 Estima: 1-12a  
D1 + hepáticos, art. epilpica e hilo, gástrica esquerda, colícos

D3 Superesterna  
D2 + perpancreática, mesentérica superior, mesoica e para aditros  
D2 + dissecção nodal para aditros

Standard of care

Benefícios: + aumento de morbilidade

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022.

### ABORDAGEM CIRÚRGICA

#### LINFADENECTOMIA

D2 Estima: 1-12a  
D1 + hepáticos, art. epilpica e hilo, gástrica esquerda, colícos

Benefícios:

- Maior sobrevida
- Maior acurácia no estadiamento
- Importante para decisão terapêutica
- Fator prognóstico

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022.

### ABORDAGEM CIRÚRGICA

### CASO CLÍNICO

#### ANATOMIA PATOLÓGICA: relatório da peça operatória

#### ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS POUCO COESAS (OMS)

Localização: parede anterior do corpo do estômago e parte da parede posterior

Tipo histológico: células pouco coesas (OMS), com células em anel de sinete

Grão histológico: G3 / pouco diferenciado

Dimensão: aproximadamente 25 mm

Nível de invasão: subserosa

Margens cirúrgicas: sem tecido de neoplasia

Ressecção R0

Gânglios linfáticos: total de 27 gânglios isolados sem metástases

Estadiamento: pT3 N0

### CASO CLÍNICO

#### ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - TRATAMENTO

Estadio IB cT2 N0 M0 → Estadio IIA pT3 N0 M0

	N0	N1	N2	N3
T1	IA	IB	IIA	IIIB
T2	IB	IIA	IIIB	IIIC
T3	IIA	IIIB	IIIC	IIID
T4a	IIIB	IIIC	IIID	IIIE
T4b	IIIC	IIID	IIIE	IIIF

M1: Estadio IV

Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2016

### CASO CLÍNICO

Cirurgia e pós-operatório sem complicações

Reunião multidisciplinar

Quimioterapia adjuvante

### REVISÃO TEÓRICA

#### ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

EPIDEMIOLOGIA

- 90% dos cânceres gástricos são ADC;
- Incidência ↑ na Ásia oriental, Europa central e oriental e América do Sul;
- + prevalente em ♂ [2: 1]

Classificação de Lauren

- intestinal / difuso / misto

Classificação da OMS

- tubular / papilar / células pouco coesas / mucinoso / misto

CLÍNICA

- PERDA DE PESO
- ASTENIA
- VÔMITOS
- DISFAGIA
- ASSINTOMÁTICO
- SACIEDADE PRECOZE
- INDIGESTÃO
- ANEMIA FERROPÊNICA

### REVISÃO TEÓRICA

#### ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS POUCO COESAS

E cadherina 1-11

- Mutação no CDH1 → 50% cancro familiar
- Metilação do CDH1 → 50% cancro esporádico

Com ou sem células em forma de anel de sinete

Provoca frequentemente uma reação desmoplásica designada linfa pleítica → achatamento das rugas → espessamento da parede

[2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022.

### REVISÃO TEÓRICA

#### TRATAMENTO

ESMO

Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2022

### REVISÃO TEÓRICA

#### PROGNÓSTICO

Sobrevivência a 5 anos por estadio:

- Estadio I: 45%
- Estadio II: 35%
- Estadio III: 25%
- Estadio IV: 20% a 1 ano

Sobrevivência a 5 anos por localização:

- Localizado: 70% a 1 ano
- Metastático Regional: 35%
- Metastático à Distância: 6%

American Cancer Society

CANCER RESEARCH UK

### REVISÃO TEÓRICA

#### FOLLOW UP

AValiação CLÍNICA

- CEA
- EDA
- TC-TAP

de tempo entre consultas mais curto nos primeiros 5 anos

### REFERÊNCIAS

- [1] Albizzi F, et al. Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. *Italian Gastrointestinal Tumor Study Group. Surg. 1999;23(2):170.*
- [2] Surgical management of invasive gastric cancer - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022. <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-invasive-gastric-cancer>
- [3] Postgastrectomy complications - UpToDate. In: d. Consultado a 15 out 2022. <https://www.uptodate.com/contents/postgastrectomy-complications>
- [4] Function-preserving surgery for gastric cancer. *AJG: Am J Surg. 2006;191(3):357.*
- [5] Ito T, Xu F, Qian H, et al. Clinical analysis of prophylactic total gastrectomy during gastrectomy for gastric cancer patients: a retrospective study of 173 patients. *Int J Surg. 2016;40:1019.* <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.02.014>
- [7] Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Dewack G, Jakubowski L, Kuznetsov J, et al. *Rabbin's Pathology, 9th ed.* Philadelphia, PA: Elsevier; 2013.
- [8] Stomach (gastric) cancer survival rates [Internet]. American Cancer Society. 2022 Oct 24. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/stomach-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
- [9] Survival for stomach cancer [Internet]. Survival for stomach cancer | Cancer Research UK. 2022 [cited 2022 Oct 26]. Available from: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/stomach-cancer/survival>
- [10] Smyth, E. C., et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2016
- [11] Lindsk, E., et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2022



### Hemorragia Digestiva Baixa

**Definição:** Hemorragia sacular da mucosa e submucosa através de vasos da mucosa, ocorre a taxa col (onde os vasos penetram a parede cólica)

**Fisiopatologia:** Erroses ao redor do bordo dos divertículos (hemorragia proveniente dos vasos localizados na submucosa) → ++ colôn direito

**Manifestações Clínicas:**

- Manifestações hemorrágicas: + hematotúaxias + fezes com sangue
- Hemorragia crônica ou oculta NÃO é característica

**80-90% DAS HEMORRAGIAS CESSA ESPONTANEAMENTE!**

**Hematotúaxias causadas por divertículos são tipicamente indolores, HD CONTINÚO da isquemia intestinal**

### Hemorragia Digestiva Baixa

**Definição:** Malformação arteriovascular. Doença degenerativa dos vasos GI (principalmente veias) que pode culminar em hemorragia GI (+/- colôn direito)

**Fisiopatologia:** Pouco conhecida: obstrução de baixo grau da drenagem venosa (veias submucosas) pelas contrações cólicas

**Fatores de risco/Condições associadas:**

- DRC em estado terminal
- Estenose aórtica
- Telaquistasia hemorrágica hereditária (Síndrome Osler-Weber-Rendu)
- Doença de Von Willebrand

**Manifestações Clínicas:**

- Manifestações hemorrágicas: hematemese, melenas, hematotúaxias, PSOF + (frequentemente) perdas cólicas
- Síntomas de anemia

**Achados endoscópicos:** Lesões pequenas (5-10mm), planas, vermelho-cereja, padrão tipo-feto, com vasos a inorgir de um vaso central

### Hemorragia Digestiva Baixa

**Definição:** Ulceração/erosão da mucosa (+/- colôn direito)

**Manifestações Clínicas:**

- Manifestações hemorrágicas: PSOF +, melenas, hematotúaxias
- Síntomas constitucionais: anorexia, perda de peso, suores noturnos
- Síntomas de anemia
- Dor abdominal, retal
- Alterações no trânsito GI: diarreia, obstipação, diarreia alternada com obstipação
- Faixas em fita
- Tenocimo, incontinência fecal

**Rastreamento CCR:** 50 - 74 anos PSOF, pelo método imunológico: anual a cada 2 anos → **Coloscopia Total**

### Avaliação Inicial

1. Qual a gravidade da hemorragia?  
2. Onde é a fonte da hemorragia?  
3. Existem comorbidades ou outros fatores que alterem a abordagem?

**História Clínica:** Caracterização de hemorragia, História prévia de: episódios semelhantes, cirurgia abdominal, radioterapia

**Exame Objetivo:**

- Sinais vitais
- Exame cardiopulmonar
- Exame abdominal
- Exame retal

**Avaliação Analítica:**

- Hemograma
- Catálise
- Albumina
- Função renal
- Ionograma
- Tipagem

**Comorbidades, hábitos e medicação habitual:**

- Taquicardia
- Hipertensão Ortostática
- Hipertensão em decúbito

### Avaliação Inicial

**PRIORITÁRIO: AVALIAR ESTABILIDADE HEMODINÂMICA**

**DOENTE HD ESTÁVEL VS DOENTE HD INSTÁVEL**

**SET**

1. STABILIZATION
2. ENDOSCOPY
3. TREATMENT

### Abordagem Inicial

**DOENTE HD INSTÁVEL**

Reposição de Volume Intravasculares

- Colocar dois acessos periféricos de alto calibre
- Fluidoterapia com cristaloídes

Transfusão de UCE

→ Como avaliar a necessidade?

- Decisão com base nos sinais vitais (TA e FC), perdas estimadas e capacidade de parar a hemorragia

**ESGE recommends immediate assessment of hemodynamic status in patients who present with acute upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH), with prompt intravascular volume replacement initially using crystalloid fluids if hemodynamic stability exists.**

### Abordagem Inicial

**NECESSIDADE DE TRANSFUÇÃO DE UCE?**

**DOENTE HD ESTÁVEL:**

- Transfusão de Hb < 7g/dL
- Exceção: Se Doença Cardiovascular ou limiar é mais alto → Hb 8g/dL

**DOENTE HD INSTÁVEL:**

- Não estão recomendadas avaliações seriadas de hemoglobina

Hemorragia → Perda proporcional de plasma e eritrócitos  
Valor de Hb não desce imediatamente!

### Hemorragia Digestiva Alta vs Baixa

**Hematemese** → Geralmente indicam HDA

**Melenas** → Em 90% dos casos: HDA  
Mais raramente: Intestino Delgado, Cólon Direito, Via aérea superior

**Hematotúaxias** → Maioria dos casos: HDB  
10-15% dos doentes com hematotúaxias graves HDA

Associada a hemorragia volumosa. Mais provável de instabilidade hemodinâmica. Hipotensão ortostática ou raramente reativa > 100:1

### Hemorragia Digestiva Alta vs Baixa

**Endoscopia Digestiva Alta (EDA)**

**Coloscopia**

**Lavado por Sonda Nasogástrica:**

- Controverso
- Pode ajudar a distinguir entre HDA e HDB
- Falso negativo em 25% dos casos
- Guielines da ESGE não recomendam fazer

### Avaliação Inicial

**FATORES QUE PODEM SUGERIR ETIOLOGIA**

Hemorragia Digestiva Alta	Hemorragia Digestiva Baixa
Uso de AINES, II, álcool, Dispepsia	Ulcera Péptica
Estigmas de DRC	Varizes esofágicas/gástricas
Fatores de risco para câncer	Hematemese
Hematemese	Laceração de Mallory-Weiss
Bulimia nervosa	Esofagite
Encefalopatia hepática (alcoólismo)	Hemorragia de baixo volume
Ardor retrosternal, regurgitação, disfagia	Neoplasia gástrica ou esofágica
Hemorragia de baixo volume	
Diágnose progressiva, perda de peso, saciedade precoce	
Hemorragia de baixo volume	

### Avaliação Inicial

**FATORES QUE PODEM SUGERIR ETIOLOGIA**

Hemorragia Digestiva Baixa	Hemorragia Digestiva Alta
Hematotúaxia significativa	Hemorragia diverticular
Não dolorosa	
Dente ibso / hematotúaxia aguda não dolorosa	Angiodisplasia ou Neoplasia
Perda crônica de sangue	
Estenose aórtica	Angiodisplasia (Síndrome de Heyde)
Doente jovem	Divertículo de Meckel
Hematotúaxia não dolorosa	Fístula aorto-entérica
Reparação aneurisma aórtico	

### Caso Clínico

**Hipóteses de Diagnóstico**

1. Doença Ulcerosa Péptica
2. Esofagite/gastrite erosiva
3. Síndrome de Mallory Weiss

Em 90% dos casos: HDA  
Mais raramente: Intestino Delgado, Cólon Direito, Via aérea superior

**Outras causas a considerar:**

- Doença diverticular
- Pólipos/Carcinoma Colorretal
- Colite Isquêmica

Pouco prováveis

### Abordagem Inicial

**DOENTES ANTICOAGULADOS OU ANTIAGREGADOS: O QUE FAZER?**

**ANTICOAGULANTES:**

- Antagonistas da vitamina K
- Suspende!
- Se instabilidade hemodinâmica: vitamina K IV + concentrado complexo protrombina OU plasma fresco congelado

**DOAAs:**

- Suspende!
- Se hemorragia major continuada: Ponderar reverter com antídoto → Dabigatran Idarucizumab 5g → Aquapone ou Reversoban: Andexanet alfa 400mg

Hemorragia Clinicamente Significativa

### Abordagem Inicial

**DOENTES ANTICOAGULADOS OU ANTIAGREGADOS: O QUE FAZER?**

**ANTIAGREGANTES:**

- AAS
- Em prevenção primária: Suspende
- Em prevenção secundária: Não é aconselhado suspender! - Risco > Benefício
- Antiagregação dupla (AAS + antagonista receptor P2Y12)
- Mantenha AAS
- Suspensão do antagonista receptor P2Y12 deve ser discutida com Cardiologia

Exceção: Suspeita de Varizes Esofágicas → indicação para suspender tudo!

### Hemorragia Digestiva Alta

**Quando realizar a endoscopia digestiva alta?**

- <24 horas: MAIORIA DOS DOENTES
- <12 horas: DOENTES DE ALTO RISCO: instabilidade hemodinâmica, crasse

**Resultados endoscópicos:**

- Lesões de Mallory-Weiss não sangrantes
- Úlcera de base limpa
- Erosões
- Hb estável, sinais vitais estáveis, 0 comorbidades

**Risco:** BAIXO RISCO (Úlcera ativa, Vaso visível, Varizes esofágicas) vs ALTA vs ALTO RISCO (Tratamento endoscópico)

### Avaliação do risco

**Score Glasgow-Blatchford**

**Score de Rockall**

**Fatores preditores de hemorragia adicional e morte:**

- Comorbidades hemodinâmicas
- Idade avançada
- Comorbidades

Score 0-1 → ALTA  
< 70A + Score 0-2 → ALTA

### Hemorragia Digestiva Alta

**A ADMISSÃO, SET, STABILIZATION, ENDOSCOPY, TREATMENT**

**INFUSÃO DE IBP:**

- Estigmas de alto risco (p.e. hemorragia ativa) → necessidade de tratamento endoscópico
- + AGENTE PROFARMACOLÓGICO Entromina 250mg EV
- 30 minutos antes da EDA: melhora a visualização AUMENTA sensibilidade diagnóstica

**EM DOENTES COM ESTIGMAS DE DHC:**

- ANTIBIOTIOTERAPIA Clavulato 2 EV 7d
- Infecção bacteriana e mortalidade
- Gram negativos → PBE

**FÁRMACOS VASODILADORES:**

- Cirulação esplancânica, ↓ necessidade de transfusão

**RETORNA DE VARIZES ESOFÁGICAS: EMERGENCIA MÉDICA!**

### Hemorragia Digestiva Alta

**Quando realizar a endoscopia digestiva alta?**

- <24 horas: MAIORIA DOS DOENTES
- <12 horas: DOENTES DE ALTO RISCO: instabilidade hemodinâmica, crasse

**Resultados endoscópicos:**

- Úlcera ativa
- Vaso visível
- Varizes esofágicas

**Risco:** BAIXO RISCO vs ALTA vs ALTO RISCO (Tratamento endoscópico)

### Hemorragia Digestiva Alta

**Úlcera péptica é a causa mais frequente de HDA**

**Úlcera de ALTO risco: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO**

**Infusão IBP IV em alta dose → Esopezorolone 80mg**

Permitem manter o pH intra-gástrico > 6 e aumentam a estabilidade do coágulo

↓ hemorragia adicional + ↓ MORTALIDADE quando administrados após o tratamento endoscópico em úlceras de alto risco

**Úlcera de BAIXO risco: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO**

IBP em dose standard oral

IBP	Dose standard (mg) oral (mg)
Esopezorolone	20 / 40
Omeprazole	20 / 40
Pantoprazole	20 / 40
Lansoprazole	30
Rabeprazole	20

Doentes com úlcera de base limpa - alta após EDA  
Doentes com úlcera com mancha pigmentada - pode ser necessário internamento de 1-2 dias

### Hemorragia Digestiva Alta

**Indicações para CIRURGIA URGENTE**

- Instabilidade hemodinâmica
- A pesar de ressuscitação com > 3 UCE na ressuscitação inicial
- Falência de tratamento endoscópico
- Hemorragia recorrente com hipotensão após 2ª tentativa de tratamento endoscópico
- Perfuração de úlcera

### Hemorragia Digestiva Alta

**Prevenção dos fatores envolvidos na patogênese das úlceras é fundamental.**

**H. PYLORI:** Erradicação

**AINES:** Se possível → descontinuar

**pH ácido:** Se impossível → Coub + IBP

**IBP indefinidamente**

**Erradicação H. pylori TERAPÊUTICA QUADRUPLA:**

- Subsulfato de bismuto 300mg qid
- Metrnidazol 250mg qid
- Tetraciclina 500mg qid
- IBP (p.e. Pantoprazole 40mg bid)

**DURANTE 10-14 DIAS**

Doentes CV sob Aspirina com hemorragia devem retomar a aspirina logo que possível (1-7 dias)

### Hemorragia Digestiva Alta

**Profilaxia de úlceras por AINEs**

- Se elevado risco GI e baixo risco CV → Celecoxib 200mg bid + IBP (p.e. esomeprazol 20 mg bid)
- Se elevado risco CV e baixo risco GI → Manter AINE (+ Naproxeno + IBP)
- Se elevado risco CV e elevado risco GI → Descontinuar AINE

**Inibidores seletivos da COX-2**

- Aumento do risco de eventos CV
- Igual eficácia aos AINEs e melhor perfil de segurança GI

### Hemorragia Digestiva Alta

**Varizes esofágicas**

**Tratamento endoscópico**

→ Se varizes esofágicas: laqueação endoscópica de varizes em banda

→ Se varizes gástricas: injeção endoscópica de cianocobalato

**Tratamento médico**

**RECOMENDAÇÕES**

ESGE recommends the selective agents bopirizone, levamisole, or famotidine be initiated at the time of presentation in patients with upper GI acute variceal bleeding and be continued for a duration of up to 5 days. Strong recommendation, high quality evidence.

**FÁRMACOS VASODILADORES**

Octreotido 50-100 µg infusão contínua 2-5 dias  
Somatostatina 250 mcg/hora

### Hemorragia Digestiva Alta

**Varizes esofágicas**

**PROGNÓSTICO**

**SCORES DE ESTABILIZAÇÃO DO RISCO**

**Score de Child-Pugh**

Classificação	Índice	Escore	Descrição
Classe I	5-6	1-4	Normal
Classe II	7-9	5-6	Leve a moderada
Classe III	10-15	7-9	Grave

**Table 2. Model for End-stage Liver Disease Score**

Score	90-day mortality (%)
0-4	2.3
5-6	52.6
7-9	19.6
10-15	4.0
16-20	1.9

### Hemorragia Digestiva Baixa

**Score de Oakland**

**Fatores preditores de Mau Prognóstico**

- Hemorragia ativa
- Comorbidades
- Medicação
- Idade avançada

Hemorragia autolimitada + sem sinais clínicos de gravidade

Score ≤ 8 Alta + Colonoscopia em ambulatório

Score > 8 Internar + Colonoscopia em internamento

### Hemodinamicamente Estável

**COLONOSCOPIA**

**Timing**

Não Definido

↑ recorrência de hemorragia → fonte definitiva de hemorragia

**Preparação ~ 24h**

PEG 4-8L  
SNG + Antiemético  
Metoprolol 10-20mg EV

### Hemodinamicamente Instável

**Angiografia**

**Diagnóstico + Terapêutico**

Identificação do local de hemorragia

Indicações para Embolização

Instabilidade Hemodinâmica

HD massiva (≥ 4 UCE em 24h)

Falência Tx conservador (médico ou endoscópico)

HD detetada na Angiografia

**Risco Enfarte Intestinal (5-9%)**

### Hemorragia Suspeita ID ou Obscura

Localização não identificada após investigação endoscópica 25%

**DGCs**

→ 1 em 1000 por doença além ser prevista em hemorragia algébrica de causa obscura, após investigação de ED e colonoscopia total em condições ideais, sem identificação de lesão endoscópica...

Se negativas

- Endoscopia por TC
- Exame inicial se estabelecimento lumen (D.Crohn, CX, previa, Radiação)
- Endoscopia Profunda Se necessidade transanal Permite biópsia e Tx
- Endoscopia por Propulsão Colonoscopia pediátrico Visualização de todo o lúmen e jejuno proximal

### Hemorragia Digestiva Alta

**Doença Erosiva**

Confinada à mucosa gástrica → não causam hemorragia MAJOR

**CONTEXTO CLÍNICO + IMPORTANTE STRESS**

Ocorre sobretudo em doentes GRAVES

TRAUMA SÉRIO  
CIRURGIA MAJOR  
QUEIMADURA > 1/3 DA ÁREA DE SUPERFÍCIE CORPORAL

COADJUVÂNCIA  
DOENÇA INTRACRANIANA  
EPILEPSIA

Mortalidade muito elevada, não pela exsanguinação, mas sim por descompensação da doença de base

**PROFILAXIA**

IBPs mais eficazes que os antagonistas H2 na J de HA clinicamente importante

### Hemorragia Digestiva Alta

**Varizes esofágicas**

**ROTURA DE VARIZES ESOFÁGICAS: EMERGENCIA MÉDICA**

Se refratada, Tamponamento com balão

Balão de Sengstaken-Blakemore

Estabilização temporária

Muitos riscos associados

**TIPS**

Estratégia pré TIPS

Rebleeding  
Ruptura esofágica  
Pneumonia de aspiração  
Obstrução da via aérea

### Hemorragia Digestiva Alta

**Síndrome de Mallory-Weiss**

Vômitos  
Tosse

Lacerações da mucosa da JCE com dano prévio (p.e. alcoolismo)

→ Hematemeses

90% cessação espontânea  
0-10% recidivar

**ABORDAGEM GERAL**

INFUSÃO DE IBP  
Esomeprazol 80mg bolus

**ANTIEMÉTICOS**  
Metoclopramida 10-20mg EV

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO**

Indicado apenas se hemorragia ativa

→ Clips endoscópicos  
→ Cauterização  
→ Coagulação térmica  
→ Injeção de epinefrina

Se refratária ao tratamento endoscópico (~7%), Angiografia com embolização

### Hemodinamicamente Estável

**Score de Oakland**

**Fatores preditores de Mau Prognóstico**

- Hemorragia ativa
- Comorbidades
- Medicação
- Idade avançada

Hemorragia autolimitada + sem sinais clínicos de gravidade

Score ≤ 8 Alta + Colonoscopia em ambulatório

Score > 8 Internar + Colonoscopia em internamento

### Hemodinamicamente Estável

Hemorragia autolimitada Sem sinais clínicos de gravidade

**COLONOSCOPIA**

**Tx Endoscópico**

Localiza-se a fonte? Eficaz?

Sim → Angio TC / Angiografia

Não → Cirurgia

### Hemodinamicamente Instável

**Cirurgia**

Colectomia Segmentar  
Laparotomia exploratória/emergente

**Indicações Cirúrgicas**

Hemorragia incontrolável, Falência ou impossibilidade de Tx endoscópica/embolização

“ESGE recommends that surgery should only be undertaken if the lower gastrointestinal bleed is due to underlying pathology that is not amenable to endoscopic or radiological treatment or if those modalities have failed.”

“ESGE recommends that, except under exceptional circumstances, no patient should proceed to emergency exploratory laparotomy unless every effort has been made to locate the site of bleeding by endoscopic or radiological modalities.”

### Caso Clínico

**Identificação** Doente, 80 anos, sexo O, autónomo nas AVD's

Sem alergias conhecidas

**História Médica conhecida**

**Doenças/Cirurgias** DPOC tabagica, Anemia por defice de ácido fólico, FA permanente, Diverticulose, Prólapsos intestinais

**Hábitos** Tabagicos (20 UHA), Hábitos etílicos (40-48g/dia)

**Medicação** Seretide 25/250mg @ 2x, salmeterol + 250 mg de propionato de fluticasona - inalação de 12/12h, Bisoprolol 5 mg 1x/d, Aspirabano 5 mg 1 cp de 12/12h, Colestiramina 2.400 U.I. 1cp/d, Ginkgo biloba 80 mg 1cp 2/d

**Diagnóstico** DPOC tabagica agudizada por gripe H3N2

**E AGORA? O QUE FAZER?**

3 episódios de MELENAS

### Hemorragia Digestiva Alta

**Varizes esofágicas**

**ROTURA DE VARIZES ESOFÁGICAS: EMERGENCIA MÉDICA**

INFUSÃO DE IBP Pantoprazol 80mg

ANTIBIOTERAPIA Ceftriaxona 1g EV/2x

AGENTE PROCFINÉTICO Eritromicina 250mg EV

FÁRMACOS VASODILADORES Octreotido, empiretrona

EDA <12 horas

**Tratamento endoscópico**

**Tratamento médico**

“Combining endoscopic and medical treatment results in lower rebleeding risk compared with either strategy alone” in UpToDate

### Hemorragia Digestiva Alta

**Varizes esofágicas**

**ROTURA DE VARIZES ESOFÁGICAS: EMERGENCIA MÉDICA**

**TIPS**

TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT

**Tratamento definitivo**

Controlo da hemorragia ~90-100%

↓ necessidade de transplante hepático

↓ rebleeding e mortalidade

**CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS**

→ Insuficiência cardíaca

→ Hipertensão pulmonar

→ Ruptura/torção grave

**COMPLICAÇÕES**

→ Encefalopatia portossistémica

→ Estenose

### Hemorragia Digestiva Alta

**Algoritmo: Síndrome de Mallory-Weiss**

Suspeita diagnóstica

EDA

Lacerações da mucosa da JCE

**HEMORRAGIA ATIVA**

**Tratamento endoscópico**

**Tratamento médico**

INTERNAR

ALTA

“ESGE recommends that patients with a Mallory-Weiss lesion that is actively bleeding receive endoscopic hemostasis. There is currently inadequate evidence to recommend a specific endoscopic hemostatic modality. Patients with a Mallory-Weiss lesion and no active bleeding can receive high-dose PPI therapy alone (strong recommendation, moderate quality evidence).”

### Hemodinamicamente Estável

**COLONOSCOPIA**

**Diagnóstico + Terapêutica**

**Hemorragia Diverticular** Clips, bandas elásticas

**Angiectasias** Coagulação com plasma de argon

**Hemorragia pós-polpectomia tardia** Clips, bandas elásticas, tratamento térmico, agentes hemostáticos tópicos

### Hemodinamicamente Instável

**Estabilização Hemodinâmica + EDA**

(Fluidoterapia, Transfusão...)

**AngioTC**

Localização da fonte de hemorragia

**Angiografia**

Angioembolização

**Cirurgia**

Colectomia Segmentar  
Laparotomia exploratória/emergente

“ESGE recommends that upper gastrointestinal endoscopy be performed in patients presenting with acute lower gastrointestinal bleeding and hemodynamic instability.”

### Hemodinamicamente Instável

**Estabilização Hemodinâmica + EDA**

(Fluidoterapia, Transfusão)

Altinga-se a estabilização hemodinâmica?

Sim → Colonoscopia Dx e Tx

Não → Reto/sigmoide → Retosigmoidoscopia Flexível

Colon → Angioembolização

Colectomia Segmentar

Laparotomia exploratória/emergente

“ESGE recommends that, except under exceptional circumstances, no patient should proceed to emergency exploratory laparotomy unless every effort has been made to locate the site of bleeding by endoscopic or radiological modalities.”

### Caso Clínico

**Abordagem** O que foi feito?

- 1 Avaliação da estabilidade HD: PA 103/60mmHg → perf. tensional habitual; FC 70bpm
- 2 Avaliação analítica imediata: hemograma, coagulação, ionograma, albumina, função renal e tipagem → Queda de Hb: valor prévio 16,1 g/dl → novo valor de 13g/dl
- 3 STOP apixabano
- 4 Bólus pantoprazol 80mg ev seguido de perfusão pantoprazol 80mg em 50cc; SF a 5cc/h durante 72 h
- 5 Endoscopia Digestiva Alta

Apesar dos consumos, Doente SEM estigmas de DHC

### Caso Clínico

**Abordagem** O que foi feito?

- 1 Avaliação e normalização da Hb
- 2 Avaliação inicial
- 3 Abordagem HD alta
- 4 Abordagem HD baixa
- 5 HD obscura

Queda acentuada da Hb: Hb 14,1 → 11 → 10 → 8

Perfil hipotensivo (PA 98/54mmHg) e taquicárdico (FC 107)

→ Transfusão de 1UCE  
→ Contactar Gastro para realização urgente da EDA

### Caso Clínico

**Abordagem** O que foi feito?

**RELEMBRAR:**

- Instabilidade HD: → Transfusão UCE → EDA < 12h

Queda acentuada da Hb: Hb 14,1 → 11 → 10 → 8

Perfil hipotensivo (PA 98/54mmHg) e taquicárdico (FC 107)

→ Transfusão de 1UCE  
→ Contactar Gastro para realização urgente da EDA

### Caso Clínico

**Abordagem** O que foi feito?

**Endoscopia Digestiva Alta**

"ESTÔMAGO: Mucosa do corpo e antro hiperemiada e marmorada, algumas erosões, sem outras alterações. Píloro centrado e permeável.

**DUODENO:** Vestígios hemáticos no duodeno, mas sem hemorragia ativa. Bulbo com mucosa edematizada e múltiplas úlceras na parede inferior do bulbo e ápex bulbar, uma delas na parede posterior do apex bulbar, com pequeno coágulo aderente, não se podendo excluir coto vascular subjacente. Aplicou-se clip na base do coágulo, sem complicações imediatas. As restantes úlceras apresentavam fundo nacarado, pelo que não se fez terapêutica endoscópica destas".

Úlcera com coágulo/coto?  
Bulbo/D2 - úlceras

### Caso Clínico

**Diagnóstico** HDA por doença ulcerosa péptica

CLASSIFICAÇÃO DE FORREST			Risco de recorrência da hemorragia
Estadio I	Ia	Hemorragia em jato	>50%
	Ib	Hemorragia em tocho	~50%
Estadio II	IIa	Úlcera não aderente com vaso visível	~50%
Evidência de hemorragia recente	IIb	Úlcera com coágulo aderente	~30%
	IIc	Úlcera plana com potencial hemostático	~10%
Estadio III	III	Úlcera plana com base limpa	< 5%

Recomendações da Gastroenterologia:

- Mantiver perfusão de pantoprazol mais 72h → 2id ad eternum
- Testar *H. pylori*: se positiva, erradicar
- Evicção de AINEs
- Apenas deve reiniciar hipocoagulação quando já não houver evidência de hemorragia e tiver cumprido pelo menos 48-72h de perfusão de IBP

### Caso Clínico

**Diagnóstico** HDA por doença ulcerosa péptica

CLASSIFICAÇÃO DE FORREST			Risco de recorrência da hemorragia
Estadio I	Ia	Hemorragia em jato	>50%
	Ib	Hemorragia em tocho	~50%
Estadio II	IIa	Úlcera não aderente com vaso visível	~50%
Evidência de hemorragia recente	IIb	Úlcera com coágulo aderente	~30%
	IIc	Úlcera plana com potencial hemostático	~10%
Estadio III	III	Úlcera plana com base limpa	< 5%

**Síndrome de Zollinger-Ellison**

- Doente com múltiplas úlceras e dor abdominal
- Úlceras em locais atípicos?
- Maior índice doente com sintomas constitucionais
- MAS: doente nega diarreia ou ardor retrosternal

Testar: *H. pylori*, gastrina, calcitonina receptor-like receptor 1 (CtLHR1)

Evicção de AINEs

Apenas deve reiniciar hipocoagulação quando já não houver evidência de hemorragia e tiver cumprido pelo menos 48-72h de perfusão de IBP

### Caso Clínico

**Diagnóstico** HDA por doença ulcerosa péptica → Bom prognóstico

Mas...

- Doente idoso
- Polifarmácia
- Múltiplas comorbilidades
- Vários internamentos prévios

Mau prognóstico

Fraco suporte social

**Obrigada!**

Estágio Paralelar de Medicina Interna  
 Coordenador: Professor Dr. António Máio Santos  
 Co-Coordenador: Professor Dr. Pedro Póvoa  
 Ano Letivo 2022/2023  
 Serviço de Medicina Interna 7.2  
 Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar Lisboa Central  
 Diretor de Serviço - Dr. António Panarra

Alice Costa | 2017187 | Dr.\* Ana Rodrigues  
 Ana Rita Duarte | 2017218 | Dr.\* Eunice Palarca  
 Carolina Esteves | 2017235 | Dr.\* Madalena Vicente  
 Duarte Cruz | 2017240 | Dr.\* Ana Lladó  
 Joana Moreira | 2017292 | Dr.\* Cláudia Mhion

## 6.2.3. Slides – Ginecologia e Obstetrícia: “Malária na Gravidez: a propósito de um caso clínico”

### MALÁRIA NA GRAVIDEZ: CASO CLÍNICO

Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central  
 Estágio de Ginecologia-Obstetrícia [9º ano do Mestrado Integrado em Medicina  
 Ano letivo 2022/2023 | NOVA Medical School

Ana Rita Duarte (2017218)  
 Duarte Cruz (2017240)  
 Inês Barbosa (2017286)

### CASO CLÍNICO

### CASO CLÍNICO

**IDENTIFICAÇÃO** D.B. 37 anos | GS: 0 Rh + | IG: 31s+1d  
 IO 4014: 2 PTE (2008, 2010), 2 CST (2015, 2019) por EFNT  
 Reside em Luanda, viajou para Portugal recentemente  
 Testemunha de Jeová

- AP → Enxaqueca
- AC → 2 CST
- MH → Paracetamol 505

### CASO CLÍNICO

**IDENTIFICAÇÃO** D.B. 37 anos | GS: 0 Rh + | IG: 31s+1d  
 IO 4014: 2 PTE (2008, 2010), 2 CST (2015, 2019) por EFNT  
 Reside em Luanda, viajou para Portugal recentemente  
 Testemunha de Jeová

**HDA** Grávida trazida ao SU pelo INEM por astenia e cefaleia hemisférica direita, pulsátil, com dois dias de evolução, associada a fotofobia, semelhante aos episódios prévios de enxaqueca, mas que não cede a analgesia com paracetamol. Refere diagnóstico recente de malária, em Angola, “que foi tratada” (sic).

Refere MF+, nega perdas de sangue ou LA. Nega epigastralgias ou alterações visuais, gastrointestinais, urinárias, respiratórias ou outras.

### CASO CLÍNICO

**IDENTIFICAÇÃO** D.B. 37 anos | GS: 0 Rh + | IG: 31s+1d  
 IO 4014: 2 PTE (2008, 2010), 2 CST (2015, 2019) por EFNT  
 Reside em Luanda, viajou para Portugal recentemente  
 Testemunha de Jeová

**EO** Consciente, orientada, colaborante; ENS sem alterações Mucosas decoradas mas anictéricas; Hipotensão (TA 98/53 mmHg, FC 124bpm), eupneica sem SDR; Febre (TT: 37.3°C); CTG: tranquilizador (ACOG1), registro de 1 contração; EcoTA: feto cefálico, boa vitalidade; LA normal; placenta não prévia, colo 31mm

Internamento na URCI: Medicina Interna

### CASO CLÍNICO

**MCDTs**

Estudo analítico: Hb 8.5 g/dL, Leuc: 4.000, Plaq: 49.000 → Pancitopenia de novo  
 AST 93 U/L, ALT 98 U/L → Lesão hepática  
 LDH 585, haptoglobina 0.07g/dL, Bil T 2.80 → Hemólise  
 PCR 206, Ferritina 295ng/mL → Inflamação  
 Ag HbS, Ac HCV, VIH e VRDL negativos  
 Gota espessa: trofozoítos de Plasmodium falciparum + Parasitemia: 197.400 parasitas/μL (7%)

Malária com critérios de gravidez

### CASO CLÍNICO

**Lista de problemas**

- Malária com critérios de gravidez ... os antimaláricos são seguros na gravidez?
- Grávida de 31s+1d ... Maturação pulmonar fetal?
- Pancitopenia na gravidez ... Testemunha de Jeová

Hb 8.5 g/dL → 6.3 g/dL

- ✓ ácido fólico
- ✓ ferro
- ✗ UCE

“apenas ácido fólico e ferro não derivados de sangue e outras formas de tratamento sem sangue”

### CASO CLÍNICO

**Evolução clínica**

Malária com critérios de gravidez  
 Inicia artesunato 2.4mg/kg 12h-12h  
 Parasitemia indetectável ao D3: artesunato + lufantrina oral

Grávida de 31s+1d  
 ... Maturação pulmonar fetal?  
 Decisão multidisciplinar!

### CASO CLÍNICO

**Evolução clínica**

Pancitopenia na gravidez ... Testemunha de Jeová  
 “apenas ácido fólico e ferro não derivados de sangue e outras formas de tratamento sem sangue”

Tratamento de suporte  
 + Ácido fólico + ferro  
 DB: subida gradual da Hb: 6.2 g/dL → 7.2 g/dL  
 DB - Eco (32s+2d): Feto com boa vitalidade, peso P15, LA N, Fluximetria AU N, PU B/B

Alta às 32s+3d (D9)

### MALÁRIA: INTRODUÇÃO TEÓRICA

Agente: protozoário Plasmodium spp  
 Vetor: mosquito Anopheles spp  
 Reservatório: macacos e humanos  
 Tempo de incubação: 7 dias (mínimo)

GRAVIDADE depende de  
 → Imunidade do hospedeiro  
 → Espécie de Plasmodium  
 → Tempo até tratamento

Parasitismo eritrocitário → sequestro → ativação plaquetária & resposta inflamatória → OBSTRUÇÃO CAPILAR → Coagulação intravascular disseminada

Lise eritrocitária → hemólise → sépsis

### MALÁRIA: EPIDEMIOLOGIA

**ÁFRICA SUBSAARIANA** ~96%  
**SUL E SUDESTE ASIÁTICO** ~2%  
**AMÉRICA CENTRAL E SUL** ~2%

### MALÁRIA: EPIDEMIOLOGIA

**GRUPOS DE RISCO**

- Grávidas 1º e 2º de gestação
- Grávidas adolescentes
- Mulheres
- Infecção por VIH

↑ Suscetibilidade a picadas de mosquito  
 Mudanças imunológicas e hormonais próprias da gravidez  
 Capacidade dos eritrócitos infectados aderirem e se sequestrarem no espaço intervilloso

O risco aumentado de contrair a doença e de esta se desenvolver persiste 60 a 70 dias após o parto

### MALÁRIA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

**CASO CLÍNICO**

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS INESPECÍFICAS E VARIÁVEIS

Sintomas  
 Febre \* (Calafrios) / Svores  
 Cefaleias \*  
 Cansaço \*  
 Mialgias  
 Náuseas  
 Vômitos  
 Diarreia  
 Tosse  
 Mal-estar geral  
 Dor abdominal

Sinais  
 Icterícia  
 Hepatomegália  
 Esplenomegália  
 Dificuldade respiratória  
 Palidez \*

NA GRÁVIDA, A DOENÇA É HABITUALMENTE MAIS GRAVE E COM MAIS COMPLICAÇÕES

### MALÁRIA: DIAGNÓSTICO

Devemos sempre pensar em malária no contexto de febre associado a exposição epidemiológica importante!

**01** Análises laboratoriais  
 Hb, Haptoglobina, LDH, Bilirrubina indireta  
 Treticulócitos, Plaquetas

**02** Identificação do parasita  
 Microscopia direta Wright/Giemsa → Gold standard, identificação com base nas características dos trofozoítos, dos esquizoantros e dos gametócitos  
 Identificação de antígenos (HRP-2, pLDH, aldolase) → Testes rápidos

**CASO CLÍNICO**  
 Hb 8.5 g/dL, Pla: 49.000  
 Paquetes de hemácias

### MALÁRIA: DIAGNÓSTICO

**03** Identificação dos critérios de gravidez  
 Escala de coma de Glasgow < 11 ou crises convulsivas  
 pH < 7.3 ou HCO3- < 15 mmol/L ou lactatos > 5 mmol/L  
 Hemoglobina < 7 g/dL ou Ht < 15%  
 Creatinina sérica > 3 mg/dL ou DU < 0.4 mL/kg/h  
 Glicemia < 40 mg/dL  
 Bilirrubina > 3 mg/dL  
 SpO2 < 92% em ar ambiente/EAP  
 Hiperparasitemia: >5%

BASTA UM CRITÉRIO PARA SE CONSIDERAR DOENÇA GRAVE!

**CASO CLÍNICO**  
 Parasitemia ~ 7%

Mortalidade na malária não complicada: 0.1%  
 Mortalidade na malária severa: 15-20% nas mulheres não grávidas vs. 50% nas mulheres grávidas

### 04 COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ

**Complicações materno-fetais**

Morte materna  
 Anemia severa (↑ risco de hemorragia pós-parto)  
 Hipoglicemia (pode ser exacerbada por quinina)  
 Edema Pulmonar +/- ARDS  
 Pré-eclâmpsia  
 Trombocitopenia e CID  
 Sobreinfecção bacteriana (suspeitar se hipotensão)

Morte fetal  
 Aborto  
 Parto pré-termo e prematuridade  
 Restrição do crescimento fetal  
 Baixo Peso ao Nascer  
 Anemia severa (↑ risco de hidrôpsia fetal)  
 Estado fetal não tranquilizador

### 05 TRATAMENTO

### Tratamento

- Não há sinais ou sintomas específicos da malária → quadro influenza like
- Viajem recente para região endêmica da malária → FOD → investigação de malária

Diagnóstico estabelecido → estabelecer gravidade do quadro clínico → condicionar abordagem

Riscos da malária não tratada >> risco associados ao tratamento

Resposta ao tratamento depende de:  
 >> Imunidade prévia por exposições repetidas na infância  
 >> Resistência à terapêutica

FOD – Fôbre de Origem Desconhecida

### Tratamento Malária

Complicada/severa vs Não complicada (<2% eritrócitos com parasitas intracelulares e ausência de sinais de gravidade clínica)

**Medidas gerais:**

- Febre → antipiréticos
- Vômitos → antieméticos orais
- Anemia ligeira ou moderada associada à malária → sulfato ferroso + ácido fólico

**Medidas específicas:**

- Parasitemia > 10% ou falciparum: Internar → quinina oral 600 mg + clindamicina 400mg 8h/8h 7 dias e repetir esfregaço de sangue a cada 24h
- Não falciparum: Ambulatório → cloroquina 600 mg/300 mg doses seguintes

Não deve ser feita indução do TP por rotina!

### Tratamento Malária

Complicada/severa vs Não complicada

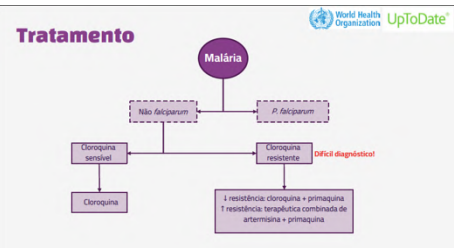
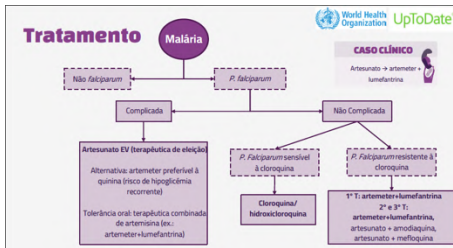
**Internar na UCI**

- Monitorizar glicemia
- Monitorizar PVC e DU
- Se anemia severa → transfusão
- Se sinais de gravidade → iniciar AB largo espectro (su. ceftriaxona)

**Terapêutica específica:** artesunato IV 2.4mg/kg às 0, 12, 24h → dose diária

Alternativa: quinina IV 20 mg/kg dose de carga em dextrose 5% durante 4h → 10mg/kg durante 4h a cada 8h + clindamicina IV 400mg a cada 8h. Assim que houver tolerância → via oral

**CASO CLÍNICO**  
 Internamento na URCI



### Tratamento da malária severa

**Table 3 Supportive clinical care in severe malaria**

**Respiratory or circulatory collapse**  
Manage: Monitor vital signs... Monitor oxygen saturation... Monitor urine output... Monitor blood glucose... Monitor electrolytes... Monitor renal function... Monitor liver function... Monitor coagulation... Monitor acid-base balance... Monitor fluid balance... Monitor temperature... Monitor infection... Monitor seizures... Monitor coma... Monitor death.

**Febre materna** → Principal causa de Taquicardia fetal  
**Hipoglicémia** → Bradicardia fetal  
**Anemia severa fetal** → ICC → Hidrúpsia fetal → Pré-eclâmpsia precoce (CDO) → DPNN → Hemorragia 3T → agrava anemia materna  
**Anemia fetal** → hipúria → Bradicardia fetal e desacetarações tardias  
**Malária** → Restrição do Crescimento fetal  
**Sépsis** → Malfomtações fetais e Parto Pré-termo

### Tratamento MALÁRIA MATERNA

⇒ COMPROMISSO FETAL

#### Monitorização do crescimento fetal (perfil biofísico)

#### Prevenção secundária (conscientização do risco de recidiva)

Following drug treatments for uncomplicated P. fáciisparum, most recurrences occur around day 28-42 but late reported recurrences so far unique to pregnancy, has been reported to occur at 85 days with quinina, 98 days with artesunato, 65 days with artesunato+lumefantrina and 121 days with mefloquina. Weekly screening by blood film until delivery allows these women to be detected positive before becoming symptomatic.

### Tratamento

**Grávidas e amamentação**

**Fármacos**  
Mefloquina  
Artesunato+griguanil

**Indicação**  
1ª linha nas 9 grávidas e amamentação

**Eficácia em áreas cloroquina resistentes**  
✓

**Contraindicações**  
História de depressão, doença neuropsiquiátrica, epilepsia ou hipersensibilidade

**Cuidados**  
Associar ácido fólico 5 mg/kg

**Falta de estudos que comprovem segurança na gravidez!**

**Doxicilina e Primaquina não estão recomendadas para quimioprofilaxia da malária na gravidez!**

### Prevenção

**A**wareness of risk  
**B**ite prevention  
**C**hemophylaxis  
**D**iagnosis and treatment which must be prompt

### Prevenção

Mulheres que pretendem engravidar

- Informar que quimioprofilaxia não é 100% eficaz!
- Informar que a malária acarreta risco de aborto.
- Aguardar pela excreção do fármaco para tentar engravidar.

Fármaco	Tempo estimado de eliminação	Tempo de excreção
Mefloquina	14-21 dias	3 meses
Doxicilina	12-26 horas	1 semana
Cloroquina	1-2 semanas	Não aplicável
Proguanil	14-21 horas	1 semana
Malarone Atovaquone	2-3 dias	2 semanas

Não eficazes nas regiões cloroquina resistentes!

### Prevenção

**Grávidas e amamentação**

**Fármacos**  
Mefloquina  
Artesunato+griguanil

**Indicação**  
1ª linha nas 9 grávidas e amamentação

**Eficácia em áreas cloroquina resistentes**  
✓

**Contraindicações**  
História de depressão, doença neuropsiquiátrica, epilepsia ou hipersensibilidade

**Cuidados**  
Associar ácido fólico 5 mg/kg

**Falta de estudos que comprovem segurança na gravidez!**

**Doxicilina e Primaquina não estão recomendadas para quimioprofilaxia da malária na gravidez!**

### Prevenção

Residentes em áreas endêmicas

2 opções

↓ n° fetos com BPN  
↓ anemia na mãe

**Tratamento preventivo intermitente**

**HIV -**  
Sulfadoxina 1500mg+pirimetamina 75mg (doses intermitentes a iniciar precocemente no 2º trimestre entre elas)

**HIV +**  
Cotrimoxazol (sulfametoxazol 800mg + trimetoprim 160mg) dose diária  
Nos 3 trimestres da gravidez independentemente da contagem de CD4+

Resposta imune e tratamento de recidiva

Não está recomendado isoladamente! Países com alta transmissibilidade de malária e alta prevalência de malária na gravidez

### TAKE HOME MESSAGES

- Não há sinais ou sintomas específicos da malária, podendo apresentar-se como uma síndrome gripal;
- Viagem recente para região endêmica da malária e febre sem foco implica investigação de malária;
- Grávida deve ser desencorajada a viajar para região endêmica da malária, pois pode contrair infecção mesmo com medidas de prevenção da picada e quimioprofilaxia;
- Na grávida, a doença é habitualmente mais grave e com mais complicações;
- O diagnóstico e o tratamento devem ser céleres;
- Estabelecimento da gravidez da condição clínica condicione abordagem/tratamento.

### OBRIGADA!

### REFERÊNCIAS

- Malaria in pregnancy: Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and outcome - UpToDate. (n.d.). Retrieved February 1, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/malaria-in-pregnancy-epidemiology-clinical-manifestations-diagnosis-and-outcome>
- Malaria in pregnancy: Prevention and treatment - UpToDate (n.d.). Retrieved February 1, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/malaria-in-pregnancy-prevention-and-treatment>

## 6.2.4. Slides – Medicina Geral e Familiar: “Caso Clínico: Artrite Reumatóide”

### Seminário Caso Clínico

Estágio Profissionalizante 6º ano | Medicina Geral e Familiar  
Regente: Professor Doutor Daniel Pinto

USF Ribeirinha | ACES ARCO Ribeirinho  
Tutor: Dra. Sofia Cruz Neves

NOVA MEDICAL SCHOOL

12 de abril de 2023  
Ana Rita Duarte | 2017218

#### 01 Caracterização do doente

3.2 CONSTITUIÇÃO DA FAMÍLIA

Figura 1 - Genograma familiar com psicogramas de Mitchell?

#### 03 Consulta

→ Consulta programada

Subjetivo: Trouxe os MCDTs requisitados na consulta anterior. Mencionou agravamento de gonalgia bilateral, pior durante a manhã, associada a rigidez matinal. Instabilidade instável de dor articular localizada às pequenas articulações dos mãos, punhos e pés, de caráter simétrico, com vários meses de evolução. Intolerância à frio, com melhoria progressiva ao longo do dia mas com interferência na atividade laboral. Menciona ter reparado que a tumefação óssea na tibia direita mencionada em consultas prévias tinha aumentado de tamanho, negando qualquer sintomatologia associada.

Objetivo: Nega febre, perda ponderal, anorexia, alterações oculares, secura das mucosas, tosse, dispneia, dor torácica, queixas gastrointestinais, neurológicas ou genitourinárias. Nega outras preocupações.

#### 03 Consulta

Objetivo

Raio-X joelhos, em carga, duas incidências: gonartrose bilateral com diminuição da margem articular, mais predominantemente no compartimento interno, bilateralmente. Ecografia das partes moles (joelhos): joelho direito com aspetos consistentes com lesões de doença de Crohn, esclerite, com fragmentação de tuberosidade anterior da fíbula.

Imagens fornecidas pelo doente e utilizadas com o seu consentimento.

#### 03 Consulta

DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE ARTRITE REUMATÓIDE

OBESIDADE, HIPERTRIGLICERIDEMIA, ESTEATOSE HEPÁTICA

Alterações de estilo de vida, Intervenção não farmacológicas

#### 03 Consulta

PLANO

Alterações de estilo de vida, Intervenção não farmacológicas, Gestão do doente

Reavaliação em 6 meses: Referência a Reumatologia, Adaptação à eventual terapêutica imunossupressora, Adaptação às intervenções não farmacológicas

A MÉDIO-LONGO PRAZO...: Referência a consulta de Medicina Física e Reabilitação, Referência a consulta de Nutrição, Terapêutica com estatinas/fibrato

#### REFERÊNCIAS

[1] Escala de Griffer Adaptada.  
[2] Ventura, T.; Bragança, M. INSTRUMENTOS DE ABRORDAGEM FAMILIAR: Genograma, Circulo Familiar e APGAR Familiar;  
[3] ICD-10: Sistema auxiliar de Classificação (Procedimento) de doentes; net;  
[4] General principles and overview of management of rheumatoid arthritis in adults - UpToDate.  
[5] Nonpharmacologic therapies for patients with rheumatoid arthritis - UpToDate.  
[6] Management of nonalcoholic fatty liver disease in adults - UpToDate.  
[7] Overview of the systemic and nonarticular manifestations of rheumatoid arthritis - UpToDate.

#### 01 Caracterização do doente

1. IDENTIFICAÇÃO  
N.M.C., sexo masculino, 44 anos  
Leucodérmico  
Natural e residente no Barreiro

2. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO  
12 anos de escolaridade; Serralheiro  
Apartamento com boas condições de higiene e salubridade  
(Escala de Griffer\* = 16 pontos, classe III - média)

Profissão	Nível de instrução	Fonte do rendimento	Conforto do alojamento	Local de residência	Total
3	3	3	3	4	16 pontos

Tabella 1 - Escala de Griffer\*

#### 02 Contexto médico

HÁBITOS: Hábitos tabágicos prévios (B LMAG), nega hábitos alcoólicos ou tóxicos.

EM ESTUDO...  
2020: Obesidade grau I, Hipertriglicidemia  
2022: Artralgias migratórias dos joelhos e punhos  
SOS: Tramadol 2mg, Tramadol + paracetamol 37.5mg + 325mg, Acemetacina 60mg

Independente para as AVDs e AVDCs: 6 pontos (Escala de Katz) e 8 pontos (Escala de Lawton & Brody)

#### 03 Consulta

Objetivo: AC 5'12; fibrinoso, normofibrinoso, sem sopros; AP IV marítimo, sem ruídos adventícios; Abdómen plano, depressivo, RHA+, sem dor à palpação, sem defesa, fígado palpável após inspiração profunda, abaixo do umbigo; costal direito, bordos rombos e regulares; Baço não palpável; Sem organomegalias ou massas. Sem alterações ao exame osteoarticular, com mobilidade articular ativa e passiva mantidas em todas as articulações. Sem sinais inflamatórios articulares.

#### 03 Consulta

AVALIAÇÃO

PROBLEMAS ATIVOS: L88 Artrite reumatóide/spondilite, T93 Alteração dos lípidos, T82 Obesidade, D99 Doença do fígado, outra, L90 Osteoartrose do joelho

PROBLEMAS PASSIVOS: P17 Abuso do tabaco

ANTECEDENTES PESSOAIS: L94 Osteocondrose

#### 03 Consulta

A CURTO PRAZO...

Alterações de estilo de vida, Intervenção não farmacológicas, Gestão do doente

1. Congregar o doente e resgatar a importância da manutenção da abstinência tabágica.  
2. Salientar a importância da atividade física na redução da dor articular e na melhoria da qualidade de vida.  
3. Reforçar o papel catalizador da obesidade no stress articular.  
4. Aconselhamento nutricional que vise a perda ponderal: dieta variada, rica em fibra, ómega-3, vegetais, fruta e pobre em gorduras; ponderar suplementação com EPA e DHA.

permissão: Controlo da patologia autoimune, Redução dos triglicéridos, Reversão da esteatose hepática

#### 03 Consulta

PLANO

MAPA DE PROBLEMAS (E RESOLUÇÕES)

Terapêutica analgésica + imunossupressora, Abstinência tabágica, Modificação da dieta, Atividade física, Perda ponderal

ARTRITE REUMATÓIDE, OBESIDADE, HIPERTRIGLICERIDEMIA, ESTEATOSE HEPÁTICA

#### 01 Caracterização do doente

3. CONTEXTO FAMILIAR  
Família nuclear, altamente funcional (APGAR\* familiar de 10 pontos)

3.1 ANTECEDENTES FAMILIARES  
Hipertensão arterial (pai)  
Diabetes mellitus tipo 1 + Lúpus eritematoso sistémico (mãe)

#### 03 Consulta

S O A P

Objetivo: Dos MCDTs requisitados na consulta anterior, destacam-se: → Estudo analítico: Hb 14.2 g/dL, V5 18 mm (1%), PCR 0.43, TGO (AST) 89 U/L, TGP (ALT) 58 U/L, colesterol total 194 mg/dL, TG 231 mg/dL, HDL 30 mg/dL, LDL (estimada) 117 mg/dL, ANA + título 1/320, padrão mosaico, mitoses positivas, RF 95 U/mL, AC anti-CCP 48 U/L.

#### 03 Consulta

Objetivo: Ecografia abdominal: fígado normodimensionado com alterações compatíveis com esteatose (...)

#### 03 Consulta

PLANO

DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE ARTRITE REUMATÓIDE

Explicar ao doente que existe numa patologia autoimune crónica com atingimento multisistémico, os fatores de risco associados à fígado e o seu prognóstico a longo prazo.

Delinear um plano terapêutico: tratamento sintomático + terapêutica de manutenção → Referência a Reumatologia

#### 03 Consulta

PLANO

Alterações de estilo de vida, Intervenção não farmacológicas, Gestão do doente

4. Esteatose hepática: monitorização periódica dos marcadores séricos de lesão hepática (AST, ALT) e, se justificável, monitorização ecográfica.  
5. Risco cardiovascular: diagnóstico de doença autoimune aumenta o risco cardiovascular. Avaliação anual: História clínica e ECG completo, Avaliação da tensão arterial, ECG 12 derivações, Perfil lipídico → Glicemia → Risco elevado

#### 04 Ganho formativo

Doente jovem e ativo mas com pluripatologia

Patologia crónica com afecção multisistémica

interferência no seu bem-estar e na sua atividade laboral

ALIANÇA TERAPÉUTICA MÉDICO-DOENTE, DESAFIO COMUNICACIONAL

O doente deve ter um papel ativo no desenho do seu próprio plano terapêutico, principalmente quando as intervenções com maiores níveis de evidência requerem mudanças de estilo de vida e visam intervenções não farmacológicas

## 6.2.5. Slides – Pediatria: “Hiperinsulinismo congénito: a propósito de um caso clínico”

NOVA MEDICAL SCHOOL | 6º ano - Estágio parcelar de Pediatria

### Hiperinsulinismo congénito: a propósito de um caso clínico

Ana Rita Duarte | 2017218  
Marta Azeite | 2017349  
Márcia Alves Ribeiro | 2017344  
Telma Cabral | 2017384

Dr. Paula Rocha  
Dr. Raquel Maia

# CASO CLÍNICO

A.M. 4 Meses, sexo masculino

A.M.

Episódios de perda de consciência, hipotonia e palidez (30s-1min), imediatamente a seguir a choro intenso-gritando, sem hipóteses de 2 dias - padrão habitual, sem outros sítios relevantes.

ED Vigil, reativo, boa vitalidade. Corado e hidratado. A tolerar alimentação. Exame neurológico sem alterações. ATIA.

HDA: Mantém quadro de prostração. Abdomen timpânico, sem massas. Ligero desconforto à palpção. Exame neurológico sem alterações. OMA bilateral e hiperemia da orofaringe.

Eco abdominal: TIJ sem sinais de invaginação intestinal, sem espessamentos parietais anormais, sem fú, fúne ou intussus. Restante avaliação abd. superior, renal e pélvica sem alterações relevantes. RX abdomen normal distribuição gaseosa, sem níveis ou an ectópico OMA → ATIA medicado com amoxicilina.

---

A.M.

HDA Novo episódio de grito seguido de prostração sem perda de consciência, com cerca de 30 segundos de duração, seguido de hipotonia generalizada com retorno à atividade normal minutos após. Sem movimentos paroxísticos ou fibril. Sem diátese há 4 dias. Manutenção de aceitação da alimentação.

EO Boa vitalidade. P 70/50 (PRD-70) T 36.7°C SatO2 100% sat. TA 100/60mmHg. FO 120bpm Pupilas iso-risco. PA NT e ND. OMA. Cianose/ruído alterações. ACP sem alterações. Abdom. e depressões. Timpânico. cordis colica, sem outras massas ou organomegalias palpáveis.

Observação por Neurológico sem alterações ao exame neurológico. Eco TF: sem alterações. Pedido de EEG.

ANÁLISES LABORATORIAIS  
Hb 101, Leuc 12 500 (N 28.0K), L 65.9%, Plaq 400 000  
PT 13.8, APTT 30.6, Fibrinogénio 31.0, D-D 442  
PCR 3.0, PCT 0.0  
Linha XL, creat 0.3, ionograma sem alt de relev  
AST 39 AL T13 GOT 17, CK 95  
glicémia 30  
insulina  
corpos cetónicos negativos (pedido ao laboratório do mesmo de amostra)

Mantém episódios de apatia seguidos de sonolência

Pai não notam mais fome do que o habitual (habitual e 'estar sempre com a mãe e a mamar LM a cada 30 min)

EO: Ligeiramente irritado. A mamar LM diretamente da mãe, com avidez e boa coordenação.

glicémia 31mg/dL, corpos cetónicos 0.2mmol/L, HbA1c 3.6%, insulina 11.4 (N 2.5 - 24.9)

Colocação de Libre

A.M.

SU HDE CE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA HDE

SU HDE CE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA HDE

Em suma: **Hipoglicémia não cetótica com hiperinsulinismo** Internamento para estudo etiológico: **Hiperinsulinismo congénito?**

---

## HIPERINSULINISMO CONGÉNITO

## INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Hiperinsulinismo congénito é a principal causa de hipoglicémia persistente nos recém-nascidos e crianças. Caracteriza-se por alterações na secreção de **insulina**, com consequente aumento da mesma e do **peptídeo C**.

1 em cada 20000-50000 nascimentos (variável de acordo com áreas geográficas)

A maioria dos casos ocorre nos primeiros meses de vida (até ao 1º ano). Apresentação tardia pode ocorrer.

Um rápido diagnóstico e instituição terapêutica são essenciais para reduzir o risco de piores **outcomes neurológicos**.

## TIPOS DE HIPERINSULINISMO

Hiperinsulinismo transitório	Formas monogénicas de hiperinsulinismo	Hiperinsulinismo associado a síndromes
Induzido pelo stress perinatal e fatores de risco perinatais e neonatais.	Mutações de genes envolvidos na regulação da secreção de insulina.	Síndrome de Beckwith-Wiedemann (D 11p15) Síndrome de Kabuki (genes KMT2D e KMT2A mutados)
	Classificação Histológica: • Focal • Difuso	Beckwith-Wiedemann syndrome (D 11p15) Microglossia, Macroglossia, Limfocitos Mielóides

---

### Produção de insulina

De forma simplificada:  
A de glicémia < 60 mg/dL → ↑ [ADP] → X Insulina  
B 1 da glicémia  
T [ATP] → canal de K<sup>+</sup> encerra → ✓ Libertação de insulina

Alterações nestas vias → Hiperinsulinismo

### Fisiopatologia do HIC – formas monogénicas

**Alterações dos metabólitos**

**Alterações do canal de K<sup>+</sup>**

Alteração nas subunidades do canal de potássio

Genes **ABCC8** e **KCNJ11**

- Mutações mais frequentes e com maior gravidade.
- Transmissão recessiva ou dominante
- Padrão histológico: focal ou difuso.

### Fisiopatologia do HIC – formas monogénicas

**Alterações dos metabólitos**

Alteração nos mecanismos que conduzem à formação de ATP ou produção de outros metabólitos.

Gene **GLIS3** (codifica o fator de transcrição) (síndrome de Hiperinsulinismo e Hiperamoniemia) - 2ª causa mais frequente de HI

Gene **HNF1B** (perda de função endometálica)

Gene **GCK** (ganho de função) → ↑ [ATP] → ↑ Insulina

Gene **SLC13A1** (codifica MCT1 → ganho de função)

Genes **HNF1A/4A**, **UCP2** (-)

---

### Fisiopatologia do Hiperinsulinismo Congénito

**ALTERAÇÕES NO CANAL DE POTÁSSIO:** maioritariamente refratárias a terapêutica médica.

**ALTERAÇÕES DOS METABÓLITOS:** respondem a terapêutica médica.

### HIPERINSULINISMO TRANSITÓRIO

Restrição do crescimento: IU Pequenos para IG?

Asfisia no nascimento

Insuficiência cardíaca congénita

Inteção intratema

Síndrome de aspiração/meconial

Prematuridade

Pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou hipertensão materna

Diabetes mellitus materna

Isomunização do grupo Rh

### CLÍNICA

Resposta autonómica à hipoglicémia

**SINTOMAS AUTONÓMICOS**

- Diáforese
- Tremor
- Taquicardia
- Fome

Aporte inadequado da glicose aos tecidos

**SINTOMAS NEUROGLICOPENICOS**

- Letargia
- Irritabilidade
- Perda de consciência
- Convulsões

---

### CLÍNICA

**TRIÁDE DE WHIPPLE**

- Síndes e sintomas sugestivos
- Hipoglicémia documentada
- Reversão da sintomatologia com a normalização da glicémia

Sintomatologia inespecífica: Irritabilidade, má progressão ponderal, cianose, tremor, convulsão

**DESAFIO DIAGNÓSTICO!**

### DIAGNÓSTICO

Penante glicémia < 60 mg/dL:

- Metahid-oxibutirato < 0.8 mmol/L
- Ácidos gordos livres < 1.7 mmol/L
- Insulina: frígido 0
- Qualquer valor detetável apoia o diagnóstico
- Resposta a administração de glucagon: Elevação da glicémia > 20 mg/dL

A ausência deste critério não exclui o diagnóstico

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. **Parahipoparatiarismo**

suspetar em RN com hipoglicémia e deficiências de líne média (stress das costas, fenda palatina) e microcefalia.

Defice de GH  
Defice de ACTH

Hipóteses de diagnóstico menos prováveis

- ingestão inadvertida de sulfonilureias
- Hipoglicémia factícia ou induzida
- Insulinoma

---

### TRATAMENTO

1º Passo: Determinar sensibilidade ao Diazóxido

Administração diazóxido 1mg/kg/dia

Jejum monitorizado, após 8 dias condições estáveis de diazóxido

Glicose plasmática > 70 mg/dL

✓ Sensível ao Diazóxido

Glicose plasmática < 70 mg/dL

✗ Resistente ao Diazóxido

### TRATAMENTO

Sensível ao Diazóxido

Mantém terapêutica com Diazóxido

Análise genética

Características sugestivas de Hiperinsulinismo transitório ou induzido por stress?

Sim: 2-6 meses

Não: Até puberdade ou crónico

### TRATAMENTO

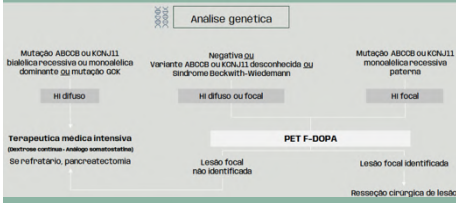
Resistente ao Diazóxido

Suspender Diazóxido

Mantém glicose plasmática > 70 mg/dL utilizando dextrose ev

Análise genética

## TRATAMENTO



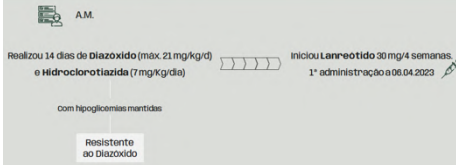
## PROGNÓSTICO

Apesar dos grandes avanços no tratamento, o risco de sequelas neurocognitivas mantém-se *multo* elevado.

26-48%

## RETOMANDO O CASO CLÍNICO

## CASO CLÍNICO



## CASO CLÍNICO

A.M.

A data da alta:

Elaboração de plano nutricional para o domicílio

Aguarda agendamento PET

EM CURSO: Estudo genético e consulta de genética

Agendamento consulta de Endocrinologia Pediátrica

## TAKE HOME MESSAGES

- ✓ O Hiperinsulinismo congénito é a principal causa de hipoglicémia persistente no RN. O diagnóstico e terapêutica precoces são fundamentais.
- ✓ Distinguem-se 3 formas de hiperinsulinismo: transitório, formas monogénicas e associado a síndromes.
- ✓ O tratamento de 1ª linha é o Diazóxido; todos os doentes não respondedores devem fazer uma análise genética.

## OBRIGADA!

Ana Rita Duarte | 2017218  
Marta Azzei | 2017349  
Mafalda Alves Ribeiro | 2017344  
Telma Cabral | 2017384

Dra. Paula Rocha  
Dra. Raquel Maia



## Bibliografia

- Leon-Crutchlow, D. Lord, K. Maio 2022. Treatment and outcomes of congenital hyperinsulinism. UpToDate
- Demirkalek H, Hussain K. Congenital hyperinsulinism: diagnosis and treatment update. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2017 Dec; 30(6)(Suppl 2):69-87. doi: 10.4274/jcrpe.2017.5007. Epub 2017 Dec 27. PMID: 29280746; PMCID: PMC5790228.
- Mendicino E, Chu A. Congenital hyperinsulinism. Pediatr Ann. 2017 Nov; 148(11):649-644. doi: 10.3928/0898-20171109-01. PMID: 29131820
- <https://medicine.medicapoint.com/article/92838-overview#6> (consultado em 30/04/2023)
- Leon-Crutchlow, D. Lord, K. April 2023. Pathogenesis, clinical presentation, and diagnosis of congenital hyperinsulinism. UpToDate.
- Leon-Crutchlow, D. Lord, K. Maio 2022. Approach to hypoglycemia in infants and children. UpToDate

### 6.3. Anexo 3 - Casuística

#### 6.3.1. CIRURGIA GERAL

Gráfico 1 – Procedimentos cirúrgicos observados no bloco operatório

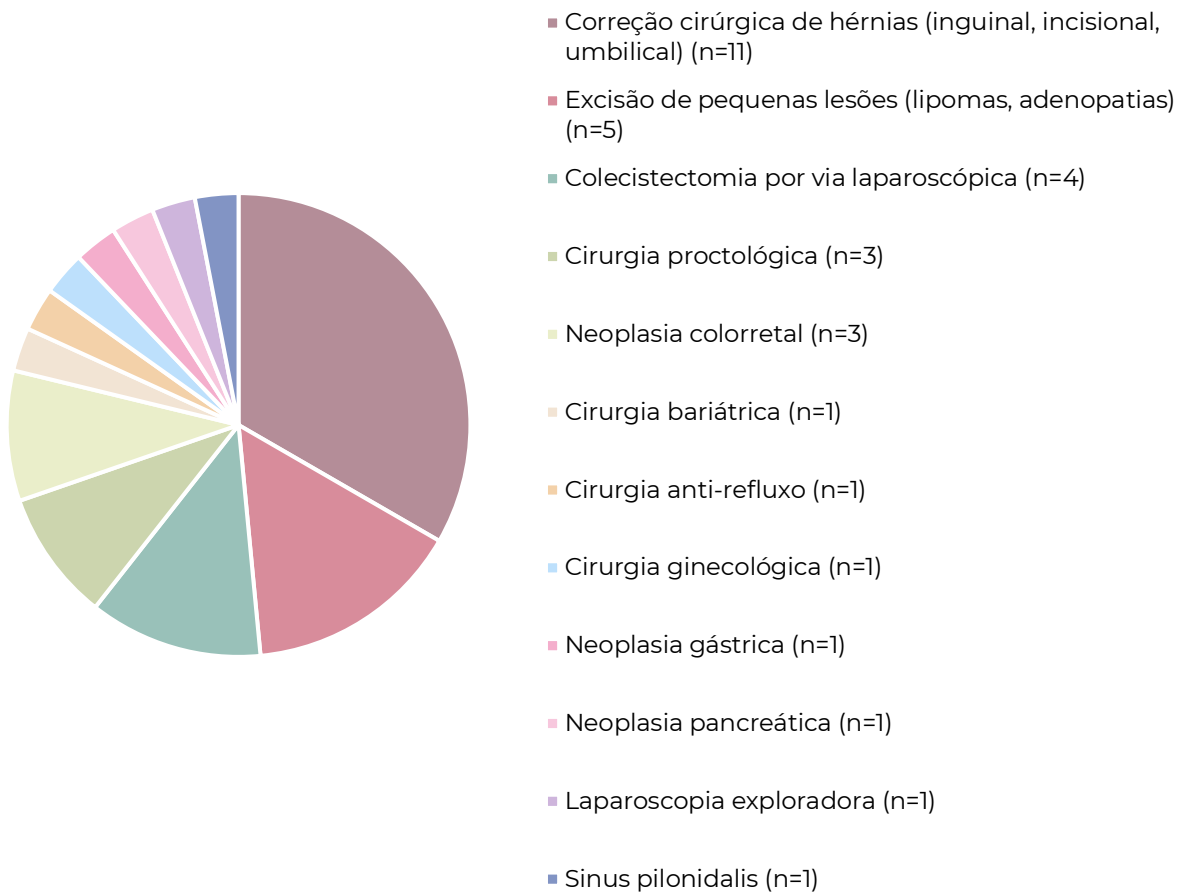


Tabela 1 – Doentes observados na consulta externa

Patologia / Motivo de Consulta	Número de doentes
Hérnias da parede abdominal	7
Doença hemorroidária	4
Doença de Crohn	2
Colelitíase	1
Diverticulose	1
Neoplasia colorretal	1
Sinus pilonidalis	1

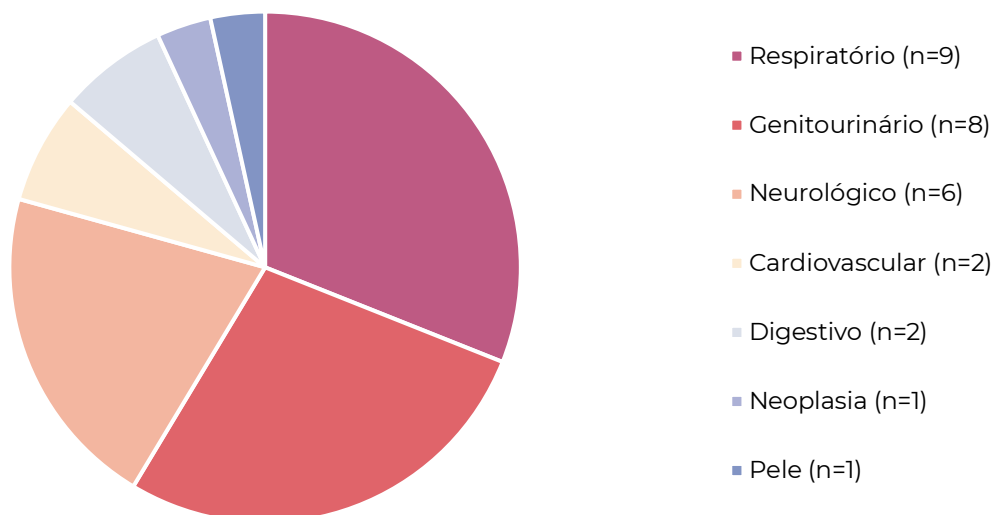
### 6.3.2. MEDICINA INTERNA

**Tabela 2 – Doentes observados na enfermaria e respetiva duração do internamento**

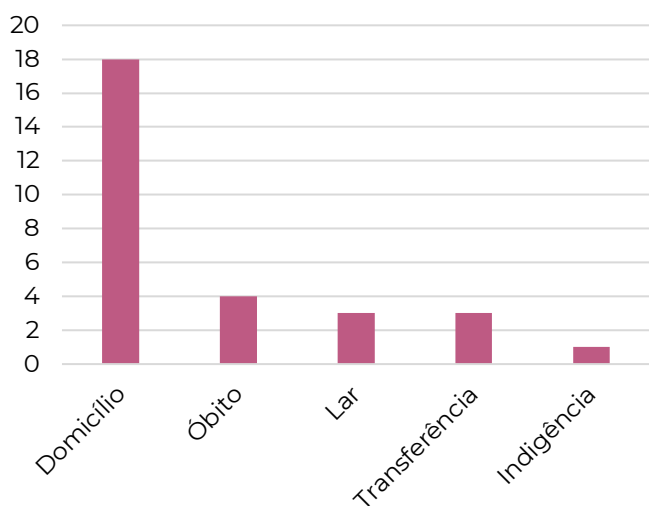
<b>Idade (anos)</b>	<b>Motivo de internamento</b>	<b>Duração (dias)</b>
31	Pneumonia hipoxemiante a influenza A H3N2	7
35	Pneumonia direita hipoxemiante com derrame	8
47	AVC isquémico tálamo-capsular direito	5
47	Cistite aguda com lesão renal aguda	4
57	AVC isquémico da ACM direita	6
60	Processo supurativo peri-traqueostomia	12
61	Ascite paraneoplásica por colangiocarcinoma	51
63	Doença renal crónica agudizada	5
66	AVC isquémico com transformação hemorrágica	40
67	Traqueobronquite aguda bacteriana	5
70	Insuficiência cardíaca descompensada	12
72	Doença renal crónica agudizada	44
75	Infeção COVID-19 e rabdomiólise com lesão renal aguda	15
75	Pneumonia adquirida na comunidade	8
76	Insuficiência cardíaca descompensada	18
76	AIT	6
80	Doença renal crónica agudizada	11
81	Doença renal crónica agudizada	7
82	Celulite do membro inferior esquerdo	16
84	Infeção COVID-19 com hipoxemia	76
84	Agudização de DPOC	29
84	Prostatite aguda com retenção urinária aguda	7
85	Hemorragia digestiva alta	15
85	Hemorragia digestiva alta	18
85	AVC hemorrágico	9
85	Lesão renal aguda	5
86	AVC isquémico da ACM esquerda	11
87	Poliserosite e agudização de doença renal crónica	32
89	Oclusão intestinal	2

ACM: Artéria Cerebral Média; AVC: Acidente Vascular Cerebral; AIT: Acidente Isquémico Transitório; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

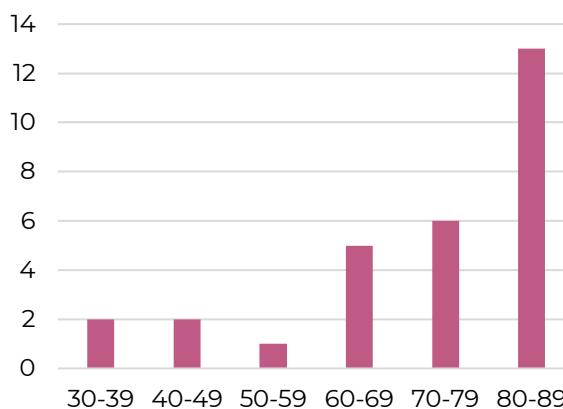
**Gráfico 2 – Distribuição dos principais motivos de internamento por sistema afetado**



**Gráfico 3 – Destino dos doentes após a alta**



**Gráfico 4 – Distribuição de idades dos doentes**



**Tabela 3 – Doentes observados na consulta externa de Doenças Autoimunes**

Patologia / Motivo de Consulta	Número de doentes
Artrite Reumatóide	3
Espondilite Anquilosante	3
Lúpus Eritematoso Sistémico	2
Dermatomiosite	1
Doença de Still do adulto	1
Doença mista do tecido conjuntivo	1
Síndrome de anticorpo antifosfolípido	1
Sarcoidose	1

**Tabela 4 – Doentes observados no Serviço de Urgência**

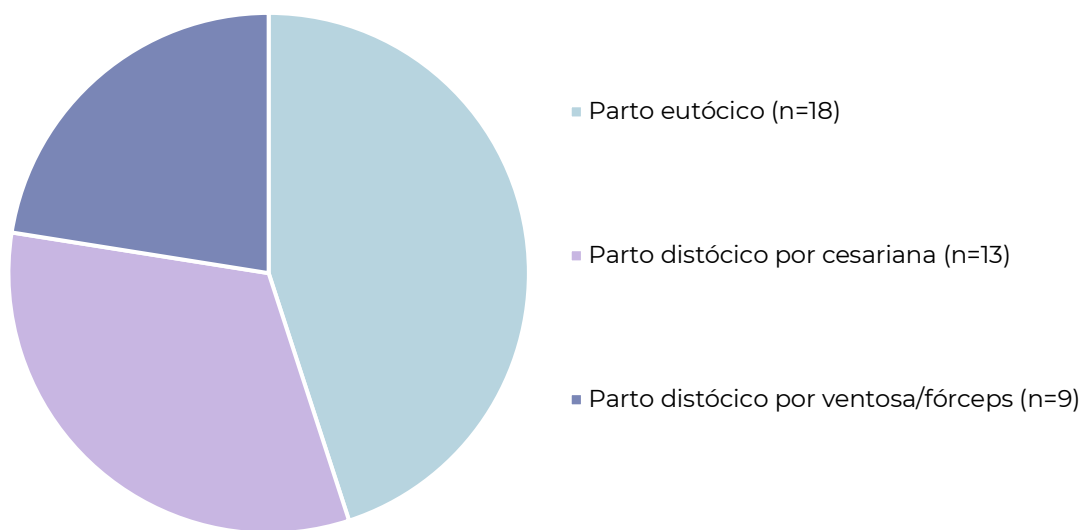
<b>Idade (anos)</b>	<b>Motivo de ida ao SU</b>	<b>Impressão clínica / Suspeita diagnóstica</b>
27	Cefaleia, dactilite e dispneia	Crise vasooclusiva
28	Dactilite e dispneia	Crise vasooclusiva
47	Hematemeses e dor abdominal	Rotura de varizes esofágicas
47	Cefaleia, náuseas e vômitos	Enxaqueca
64	Toracalgia, tosse produtiva e dispneia	Pneumonia adquirida na comunidade
66	Convulsão tónico-clónica	Lesão ocupante de espaço em estudo
67	Epigastralgia súbita e lipotímia	Rotura de aneurisma da aorta descendente
68	Prurido, edema da face e lábios	Angioedema
72	Dispneia	Descompensação de insuficiência cardíaca
83	Síncope e lipotímia	Descompensação de doença renal crónica
88	Palpitações	FA com resposta ventricular rápida

### 6.3.3. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

**Tabela 5 – Doentes observadas na Enfermaria de Medicina Materno-Fetal**

Motivo de internamento	Número de doentes observadas
Indução medicamentosa do trabalho de parto	5
Ameaça de parto pré-termo	2
Indução mecânica do trabalho de parto	2
Rotura prematura pré-termo de membranas	1
Interrupção voluntária da gravidez medicamentosa	1
Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade	1

**Gráfico 5 – Distribuição do tipo de parto das puérperas observadas no puerpério**



**Tabela 6 – Doentes observadas no Serviço de Urgência**

Trimestre	Motivo de ida ao SU	Impressão clínica
-	Dor abdominal e perda hemática vaginal	Gravidez ectópica
2º	Epigastralgias, náuseas e diarreia	Gastroenterite aguda viral
3º	Contrações irregulares e epigastralgias	Pré-eclâmpsia
1º	Perda hemática vaginal	Ameaça de aborto
-	Disúria e dor suprapúbica	Cistite aguda
1º	Perda hemática vaginal	Aborto em evolução
-	Hemorragia uterina anormal	Mioma uterino
3º	Contrações irregulares	Ameaça de parto pré-termo
1º	Perda hemática vaginal	Ectrópion
3º	Corrimento vaginal com odor intenso	Vaginose bacteriana
3º	Diminuição da percepção dos movimentos fetais	RCF grave
3º	Prurido generalizado com afeção das palmas e plantas	Colestase gravídica

RCF: restrição do crescimento fetal

**Tabela 7 – Partos observados na sala de partos**

<b>IG (semanas + dias)</b>	<b>Tipo de parto</b>
38s+2d	Parto de termo eutócico; laceração mediana grau 1
38s+6d	Parto de termo distócico instrumentado por ventosa; episiotomia
33s+4d	CST urgente por EFNT + LTB
39s+5d	CST por falha da indução
35s+6d	CST por EFNT + pré-eclâmpsia com critérios de gravidade
37s+4d	CST por suspeita de macrosomia fetal

CST: cesariana segmentar transversa; EFNT: estado fetal não tranquilizador; LTB: laqueação tubária bilateral

**Tabela 8 – Número de consultas observadas**

<b>Tipo de consulta</b>	<b>Número de consultas observadas</b>
Consulta de obstetria (referência)	27
Consulta de obstetria de alto risco (HTA)	7
Consulta de ginecologia	16

HTA: hipertensão arterial

**Tabela 9 – Número de procedimentos cirúrgicos observados**

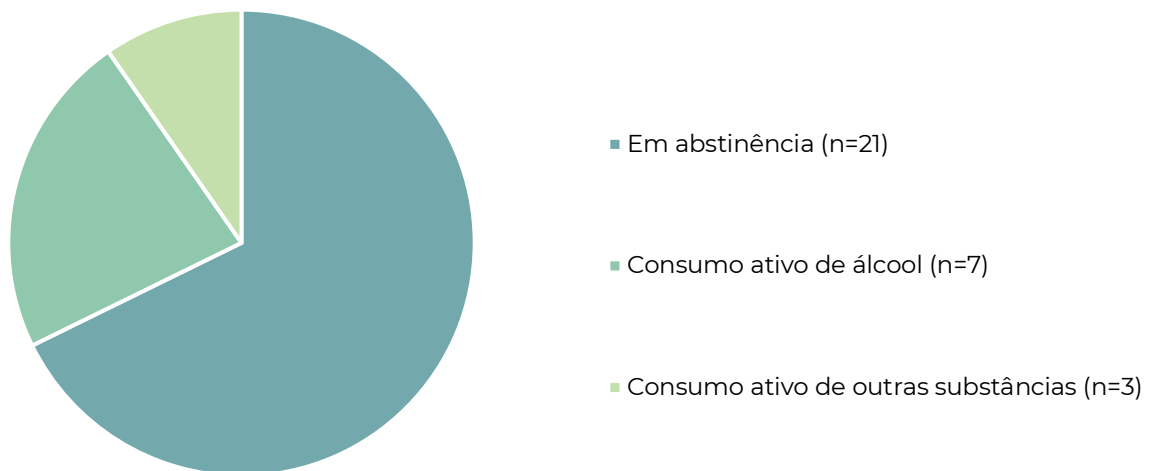
<b>Tipo de procedimento</b>	<b>Número de procedimentos observados</b>
Histeroscopia	3
Histerectomia total com sapinectomia bilateral	2

#### 6.3.4. SAÚDE MENTAL

**Tabela 10 – Doentes observados no internamento (Clínica 4)**

Motivo de internamento	Número de doentes
Perturbação do uso do álcool: internamento voluntário para desintoxicação	10
Perturbação do uso do álcool com outras dependências (cocaína, metilfenidato, haxixe, jogo): internamento voluntário para desintoxicação	2

**Gráfico 6 – Status dos doentes observados na consulta externa de alcoologia**



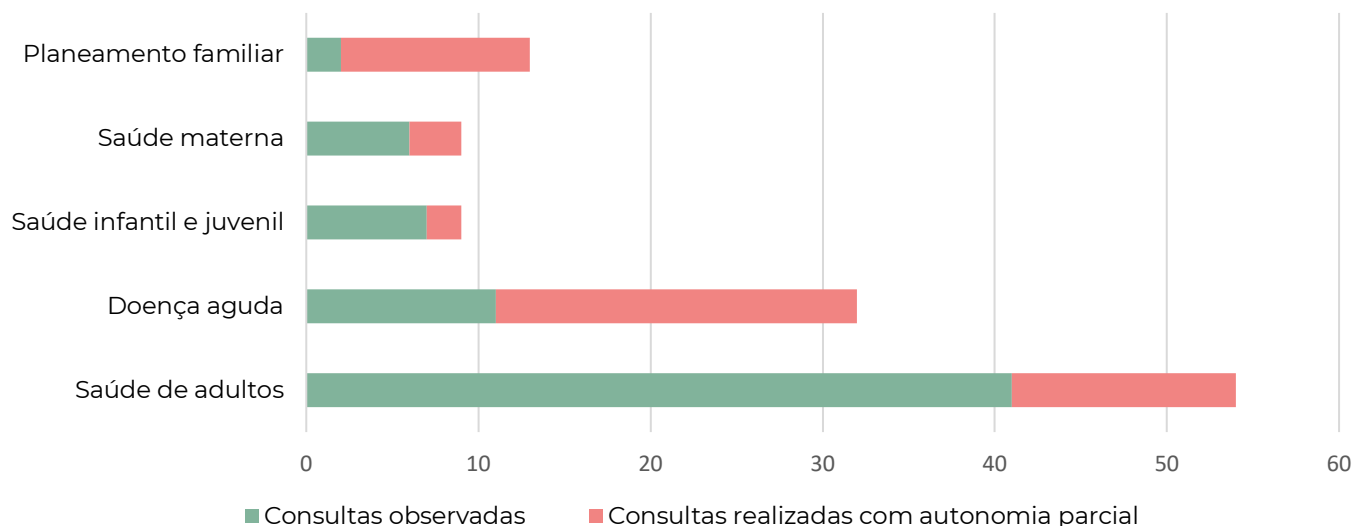
**Tabela 11 – Doentes observados no serviço de urgência**

Idade	Motivo de ida ao SU
19	Intoxicação medicamentosa voluntária
46	Aumento da energia, eiação do humor, delírio persecutório e AAV
36	Delírio de grandeza e AAV

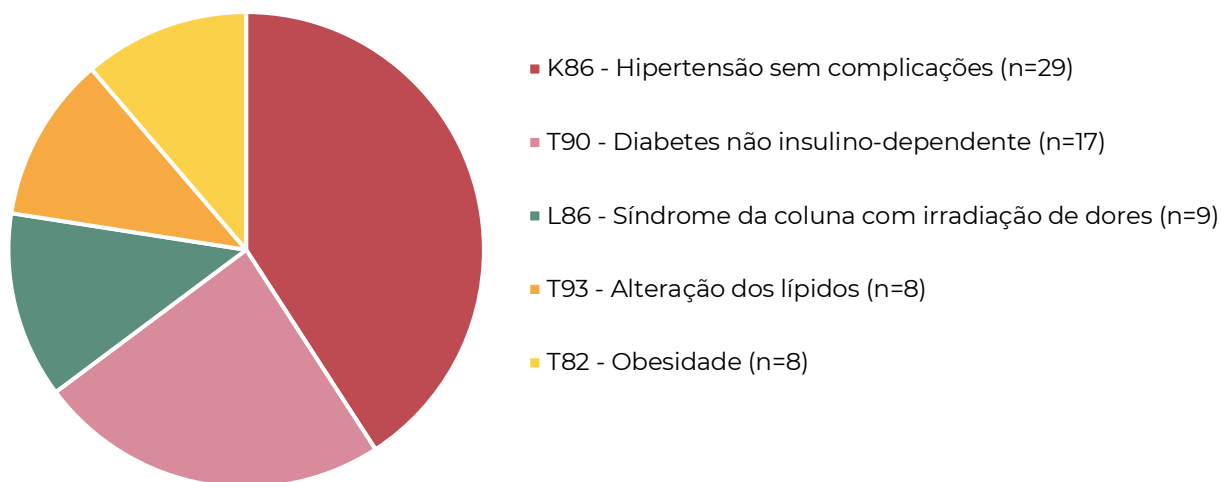
AAV: alucinações auditivo-verbais

### 6.3.5. MEDICINA GERAL E FAMILIAR

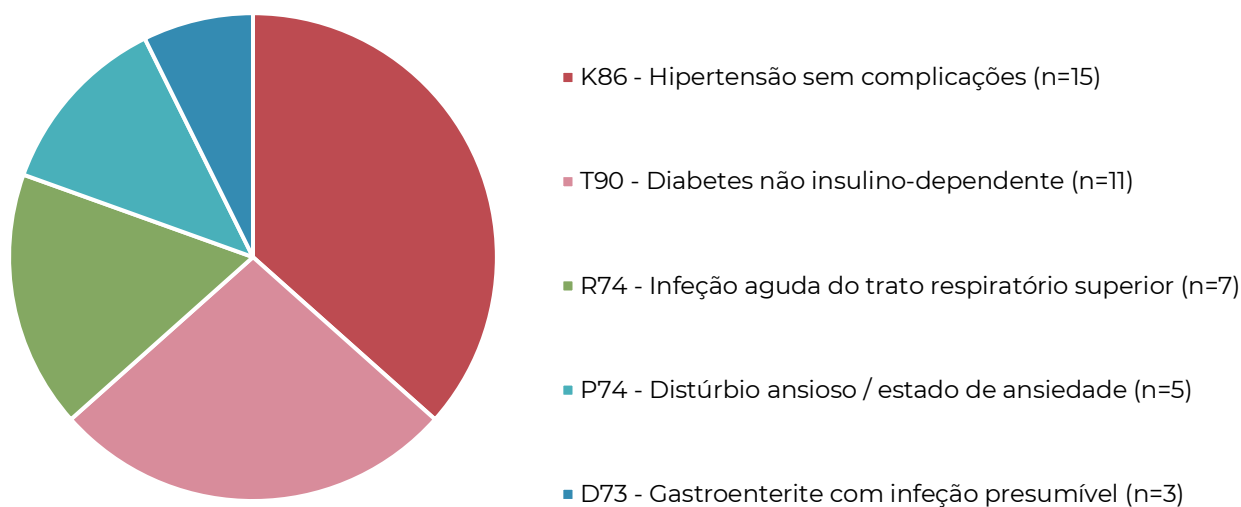
**Gráfico 7 – Número de consultas observadas e realizadas com autonomia parcial**



**Gráfico 8 – Principais problemas dos doentes nas consultas observadas**



**Gráfico 9 – Principais problemas dos doentes nas consultas realizadas com autonomia parcial**



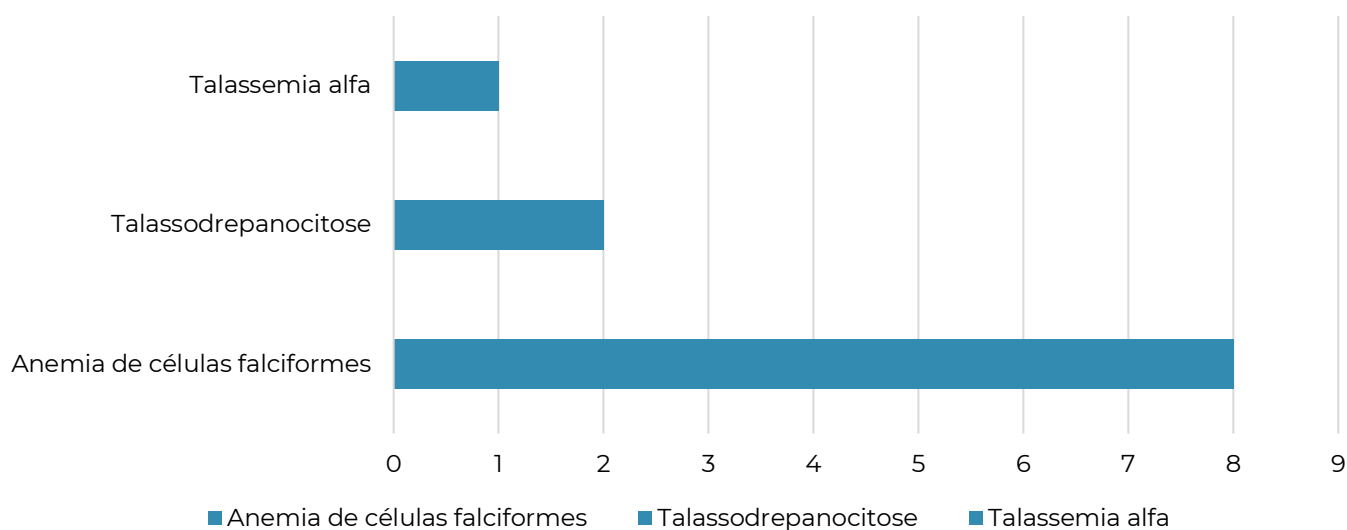
### 6.3.6. PEDIATRIA

Tabela 12 – Doentes observados na enfermaria de hematologia

Idade (anos)	Diagnóstico	Motivo de internamento
2	Aplasia medular grave	Infeção fúngica disseminada
2	ACF	Crise vasooclusiva abdominal
6	ACF	Síndrome torácico agudo
7	Hemofilia A	Estudo de hemartrose após queda
8	Défice congénito grave FVII	Cirurgia ortopédica
10	ACF	Síndrome torácico agudo
12	Hemofilia A	Artrite séptica do joelho esquerdo
13	ACF	Colecistite aguda
14	Síndrome de falência medular	Internamento eletivo para imunossupressão
16	Lúpus juvenil + SAAF	Trombocitopenia imune grave

ACF: anemia de células falciformes; SAAF: síndrome de anticorpos antifosfolípido; FVII: Fator de coagulação VII

Gráfico 10 – Diagnósticos dos doentes observados em consulta externa de hemoglobinopatias



### Gráfico 11 – Diagnósticos dos doentes observados em consulta externa de hematologia e coagulação

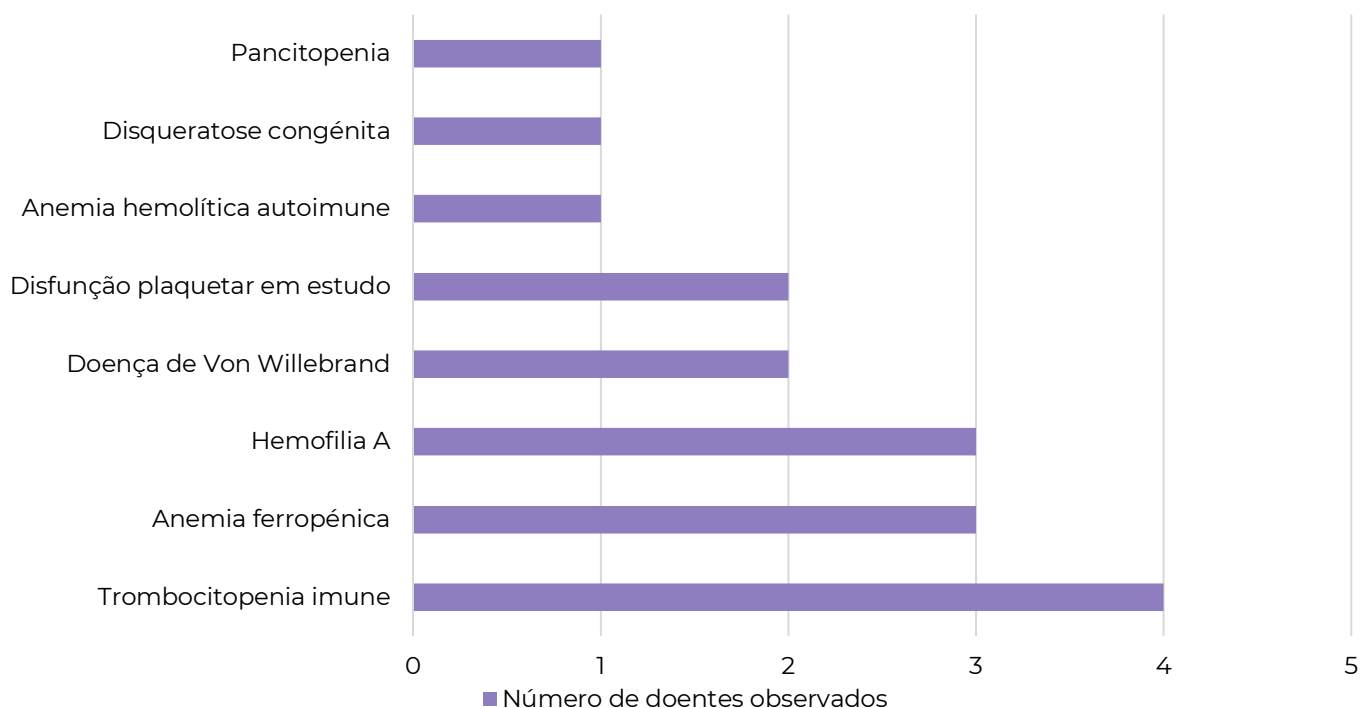


Tabela 13 – Doentes observados no serviço de urgência

Idade	Motivo de ida ao SU	Impressão clínica
12 dias	Icterícia das escleróticas	Icterícia do leite materno
26 dias	Dermatose punctiforme da face	Milia e acne neonatal
11 meses	Tosse seca e dificuldade respiratória	Laringite aguda
11 meses	Otalgia e otorreia esquerda	Otite média aguda esquerda supurativa
13 meses	Febre e tosse seca	Nasofaringite aguda
17 meses	Febre e urina com cheiro fétido	Infeção do trato urinário
2 anos	Queda, cefaleia e vômitos	Traumatismo crânio-encefálico
3 anos	Febre e claudicação da marcha	Miosite pós infecciosa
3 anos	Náuseas e vômitos	Gastroenterite aguda
4 anos	Exantema vesicular	Varicela
4 anos	Otalgia direita	Otite média aguda direita
5 anos	Cefaleias e vômitos	Enxaqueca
7 anos	Febre e odinofagia	Amigdalite aguda
8 anos	Febre e odinofagia	Faringite aguda
8 anos	Dor abdominal e diarreia	Gastroenterite aguda
11 anos	Cefaleia e náuseas	Enxaqueca
14 anos	Dor articular das mãos e punhos	Flare de LES
16 anos	Depressão do estado de consciência	Narcolepsia por pneumonia de aspiração

LES: lúpus eritematoso sistémico

## 6.4. Anexo 4 – Certificados

### 6.4.1. Participação no curso TEAM – Trauma Evaluation and Management (2022)



#### Certificado

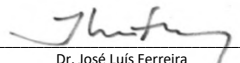
Pelo presente se certifica que

**ANA RITA CARREGA DUARTE**

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 08 e 09 de Setembro de 2022.

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](http://www.atlsportugal.org), Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, [atlsportugal@gmail.com](mailto:atlsportugal@gmail.com)  
O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons

### 6.4.2. Participação na Sessão de Simulação *Luz Learning Health* (2022)



Certificado de  
participação

## Ana Rita Duarte

### Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Setembro 2022

Presencial | 20 de Outubro de 2022 | 3 horas

Código de certificado: C-631714cc5aec0

Hospital da Luz Learning Health • [hospitaldaluz.pt/learninghealth](http://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](mailto:learninghealth@hospitaldaluz.pt)

LUZ SAÚDE

### 6.4.3. Participação no Workshop “Equilíbrio Ácido-Base” (2023)



#### Certificado

Certificamos que Ana Rita Carrega Duarte, N°A2017218 participou no Workshop intitulado *Alterações do equilíbrio ácido base*, no dia 16 de novembro de 2022 pelo Professor Doutor Pedro Póvoa, incluído no programa de formação da UC Medicina Estágio Parcelar – Medicina Interna 6° ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Professor Doutor Pedro Póvoa

### 6.4.4. Participação no Workshop “Decisões de fim de vida” (2023)

#### Certificado

Certificamos que Ana Rita Carrega Duarte, N°A2017218 participou no Workshop intitulado *Decisões de Fim de Vida*, no dia 30 de novembro de 2022 pela Dra. Camila Tapadinhas, incluído no programa de formação da UC Medicina Estágio Parcelar – Medicina Interna 6° ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Dra. Camila Tapadinhas

#### 6.4.5. Declaração de Monitora Voluntária do Departamento de Anatomia (2018/2019)

**NOVA** MEDICAL SCHOOL FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

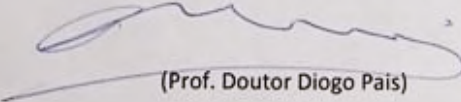
**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que **ANA RITA CARREGA DUARTE**, fez parte do corpo docente do Departamento Universitário de Anatomia da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, tem exercido funções docentes como Monitora Voluntária da Unidade Curricular de ANATOMIA, no ano letivo 2018/2019.

No exercício das suas funções tem revelado elevada competência e completa dedicação a este Departamento, demonstrando excelentes qualidades pedagógicas e um ótimo relacionamento com os seus pares, com os funcionários e com os seus alunos.

Lisboa, 19 de setembro de 2019

O Diretor do Departamento de Anatomia,



(Prof. Doutor Diogo Pais)

CAMPO DOS MÁRTIRES DA PÁTRIA, 130 · 1169-056 LISBOA · PORTUGAL · T.+351 218 803 000 · F.+351 218 851 920 · [WWW.FCM.UNL.PT](http://WWW.FCM.UNL.PT)

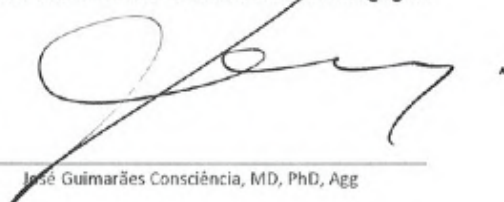
#### 6.4.6. Certificado de Presidente da Comissão de Curso do 1º ano do MIM (2017/2018)

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a aluna ANA RITA CARREGA DUARTE, representou no ano letivo 2017/2018, os alunos do 1.º ano do Mestrado Integrado em Medicina, no Conselho Pedagógico da Faculdade de Ciências Médicas | Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa.

Lisboa, 17 de setembro de 2019

O Subdiretor e Presidente do Conselho Pedagógico



José Guimarães Consciência, MD, PhD, Agg

6.4.7. Participação no 2nd International Diagnostic Championship (2019)



# CERTIFICATE OF AWARD

*in recognition of your participation  
in the first round of  
the 2nd International Diagnostic Championship*

**Ana Rita Duarte**

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Gábor Tóth', is positioned above a horizontal line.

Gábor Tóth, MD  
CEO, InSimu

2019



#### 6.4.8. Certificado de Formação de Operador Júnior da Linha SNS24 (2022)



#### 6.4.9. Declaração de Operador de Linha SNS24 (2022)

##### DECLARAÇÃO

A Associação para o Desenvolvimento do Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, AD-ABC, com sede no Campus Gambelas, Universidade do Algarve, DCBM - Edifício 2 - 8005-139 Faro, contribuinte nº 514 997 133, declara para os efeitos tidos por convenientes que Ana Rita Carrega Duarte, titular do documento de identificação 15404513, prestou serviços como Operador de Call Center nesta entidade, consoante disponibilidade de Janeiro a Fevereiro de 2022.

As funções de Operador englobam o atendimento telefónico, colheita de história clínica, triagem, aconselhamento e encaminhamento na doença aguda não emergente, informações clínicas e de saúde pública e encaminhamento relacionado com a doença provocada pelo SARS-CoV-2.

Esta prestação de serviços ocorre ao abrigo de um protocolo que a entidade possui com a Linha SNS 24.

Faro, 9 de Junho de 2023

Ana Matias  
Coordenadora SNS 24

#### 6.4.10. Estágio Pré-Clínico Peclicut em cuidados de enfermagem (2018)



**PECLICUF**

**INSCRIÇÕES 3ª FASE: 19 a 23 DE JUNHO**

ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS do 1º ao 2º ano

ESTÁGIOS CLÍNICOS do 3º ao 6º ano

### PECLICUF 2018 - ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5b01d4141d70d

#### 6.4.11. Estágio Clínico Peclicut Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria-Neonatologia (2021)



**AEFCM**

CERTIFICADO

A Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AEFCM) certifica que **Ana Rita Carrega Duarte**, CC nº 15404513, realizou um Estágio de Ginecologia e Obstetrícia + Pediatria no âmbito do **Programa de Estágios Peclicut**, que decorreu entre 9 a 20 de agosto de 2021, no Hospital CUF Descobertas.

1.º ano, 26 de outubro de 2021

**AEFCM**  
Associação de Estudantes da NOVA Medical School  
Faculdade de Ciências Médicas  
Afonso Andrade  
Vice-Presidente Interno da DAEFCM

**AEFCM**  
Associação de Estudantes da NOVA Medical School  
Faculdade de Ciências Médicas  
Joana Amado  
Presidente da DAEFCM

Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas  
Campo Mártires da Pátria, nº 130 - 1169-056 - Lisboa  
Tel 21 880 30 95 Fax 21 885 12 20 Email info@aefcm.pt Site www.aefcm.pt

**NOVA** MEDICAL SCHOOL FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

#### 6.4.12. Certificado de participação no congresso *iMed Conference 11.0 (2019)*



### **iMed Conference® 11.0 Lisbon 2019**

— *Certificado de Participação*



#### EMITIDO POR:

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



#### NOME

Ana Rita Duarte

#### DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

#### CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5cdc8346b9b3e

#### Evento

##### **iMed Conference® 11.0 Lisbon 2019**

16-10-2019 13:30 → 20-10-2019 14:00

The iMed Conference® 11.0 | Lisbon 2019 will take place between the 16th and 20th of October at Teatro Camões and NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas.

Prepare for groundbreaking lectures, practical workshops, challenging competitions and an immersive social programme.

## 6.4.13. Certificado de participação no congresso VASC (2021)



# Certificate of Attendance

This is to certify that

**Ana Rita Duarte**

Attended the following educational event:

**Virtual Academic Surgery Conference (VASC) 2021**

Delivered in Conference format by:

**UCL Surgical Society**

on

**27th March 2021**

Mr Alexander Ng  
VASC 2021 Conference Director

Professor Mark Emberton  
VASC 2021 Conference Patron

Certificates and feedback powered by



MedAll

Certificate reference: 9HWF-487K-KEB2-PAHB-WGT9-B5QHL9

6.4.14. Certificado de participação no congresso *27th Infection and Sepsis Symposium* (2022)




WE CERTIFY THAT:

**Ana Rita Duarte**

ATTENDED THE 27<sup>TH</sup> INFECTION AND SEPSIS SYMPOSIUM,  
HELD IN IPANEMA PARK HOTEL PORTO, 6<sup>TH</sup>, 7<sup>TH</sup> AND 8<sup>TH</sup>  
JUNE 2022.



  
João Gonçalves Pereira

#### 6.4.15. Certificado de participação no congresso iMed Summit (2023)



### iMed Summit 2023

— Certificado de Participação



#### EMITIDO POR:

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

#### NOME

Ana Rita Duarte

#### DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

#### CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-snjcg5lp28g88

#### Evento

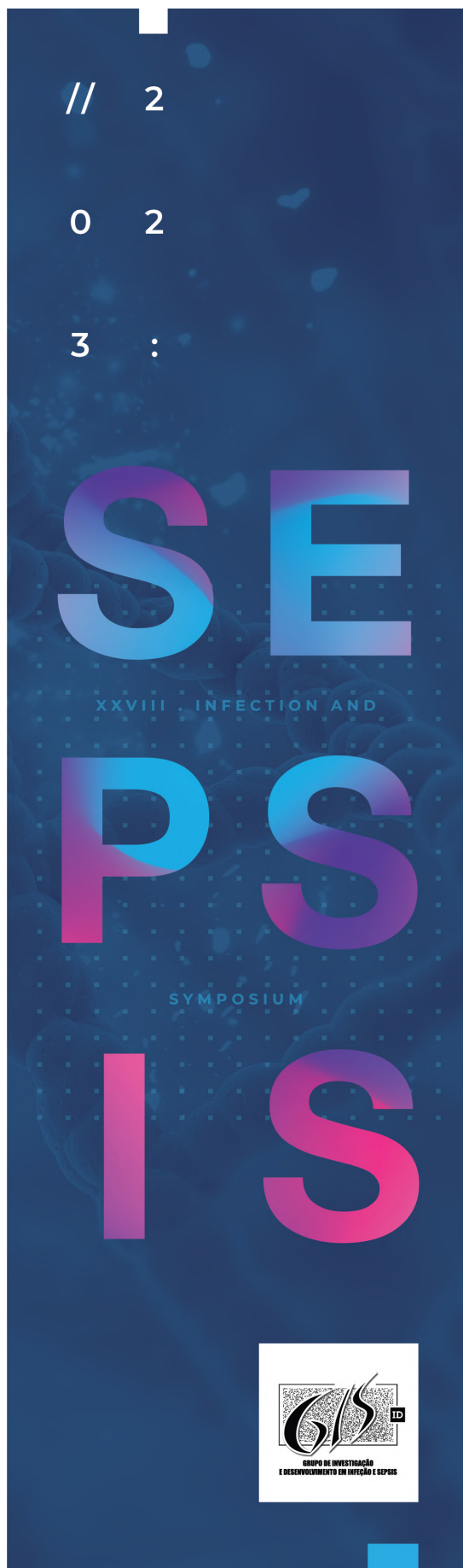
##### **iMed Summit 2023**

15-04-2023 13:30 → 15-04-2023 18:30 - Duração: - 5 horas

On the afternoon of the 15th of April, all eyes will be on the Rectorate of Universidade NOVA de Lisboa for the 2023 edition of the **iMed Summit 2023**! The iMed Conference 15.0 launch event will host many experiences that you for sure will not want to miss!

We will have fantastic workshops and a simulation provided by FEMÉDICA; Dr. André Alexandre will give his testimony on his extensive expertise in Emergency Medicine and on his life as Senior Internal Medicine Doctor and Intensive Care Medicine Fellow at Hospital da Luz Lisboa; we will feature the Clinical Mind Competition Warm Up where you can test your clinical knowledge and will be competing to win some amazing prizes and of course the awesome Coffee Breaks where you will have time to socialize and meet your peers!

6.4.16. Certificado de participação no congresso 28th Infection and Sepsis Symposium (2023)



WE CERTIFY THAT

**Ana Rita Duarte**

ATTENDED THE 28<sup>TH</sup> INFECTION AND SEPSIS SYMPOSIUM, HELD IN IPANEMA PARK HOTEL PORTO, 21<sup>ST</sup>, 22<sup>ND</sup> AND 23<sup>RD</sup> MAY 2023.



João Gonçalves Pereira

## 6.4.17. Certificados de participação em palestras



### Young Leaders - Investigação Médica

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-1n55s6dsnpwk4

#### Evento

##### Young Leaders - Investigação Médica

11-12-2018 18:00 → 11-12-2018 20:00

Num mundo global e em constante mudança, as alternativas à carreira médica são cada vez mais uma realidade e, nesse sentido, vimos apresentar a segunda sessão de Young Leaders, desta vez sobre Investigação em Medicina.

Dia 11 de Dezembro, pelas 18h, na **sala 2.12**, iremos contar com a presença do Professor Doutor Joaquim Alves da Silva, Psiquiatra e investigador da Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud, que fez todo o seu percurso académico associado à área da saúde, tendo-se licenciado em Medicina pela NOVA Medical School.



aefcm.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico  
Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





## Impacto psicológico da doença crónica na criança e na família

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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

NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5aab3a82774d3

### Evento

#### Impacto psicológico da doença crónica na criança e na família

20-03-2018 18:30 → 20-03-2018 19:30 - Duração: - 1 horas

O processo de adaptação da criança e da família à doença crónica pediátrica é multidimensional, envolvendo a criança, a família (pais, irmãos e outros significativos), a equipa de saúde e a comunidade (escola, instituições de solidariedade social, entre outras).

A doença crónica pode ter implicações no processo de desenvolvimento da criança e implicar adaptações e re-adaptações a situações potencialmente stressantes com impacto na percepção de si (quer da criança, quer da família).

aenms.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico



## Vamos falar sobre Prevenção do Suicídio

— *Certificado de Participação*



### EMITIDO POR:

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



### NOME

Ana Rita Duarte

### DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

### CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-61410630ed2bc

### Evento

#### Vamos falar sobre Prevenção do Suicídio

16-09-2021 18:00 → 16-09-2021 18:30 - Duração: 0:30 horas

A ARIS da Planície, o Fumaça, a Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria e a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, com o apoio do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde, promovem a sessão de capacitação “Vamos falar sobre prevenção do suicídio”, ao longo do mês de setembro.

Apoiada nos recursos da Campanha Nacional de Prevenção do Suicídio ([www.prevenirsuicidio.pt](http://www.prevenirsuicidio.pt)), em particular no Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais de Saúde, esta ação pretende capacitar futuros profissionais de saúde para comunicarem de forma eficiente questões de saúde mental, na luta contra o estigma, no aumento da literacia e na prevenção do suicídio.

aefcm.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

# o fim de vida



**19 de Outubro | 17h**

Nova Medical School  
Faculdade de Ciências Médicas



**Prof. Dr. António Barbosa**  
Diretor do Centro do Bioética da FMUL

## Palestra sobre: "Fim de vida"

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5bbe6bb85abee

### Evento

#### Palestra sobre: "Fim de vida"

19-10-2018 17:00 → 19-10-2018 19:00 - Duração: 2 horas

Numa parceria entre o departamento de Responsabilidade Social da AEFCM e a Área de Direitos Humanos e Ética Médica da ANEM para celebrar o Dia Mundial da Bioética, trazemos-te agora uma palestra sobre um tema sensível mas que, como estudantes de Medicina, merece a nossa máxima atenção: "Fim de Vida".

Dia 19 de Outubro, pelas 17h, vem descobrir mais sobre este tema e como o abordar com o Prof. Doutor António Barbosa, Diretor do Centro de Bioética da FMUL. A sessão tomará lugar na sala S2.15.

[aebcm.up.events](http://aebcm.up.events)

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

FRONTAL

EVENTO DE  
LANÇAMENTO

**48**

GLOBALIZAÇÃO  
EM MEDICINA

23 DE MAIO | 18H30 | NMS  
INSCRIÇÕES: 15 DE MAIO



**Evento de Lançamento 48ª Edição | Revista  
FRONTAL | Além-Fronteiras**



— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

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

NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5afb40ccda8bb

Evento

**Evento de Lançamento 48ª Edição | Revista FRONTAL | Além-Fronteiras**

23-05-2018 18:30 → 23-05-2018 20:00 - Duração: - 1:30 horas

É com muito entusiasmo que te anunciamos a edição nº 48 da revista FRONTAL, sob o tema "Além-Fronteiras – a Globalização na Medicina".



## IV Choque Frontal | Privatização do Ensino Médico

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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

NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5df11c66624b8

### Evento

#### IV Choque Frontal | Privatização do Ensino Médico

11-12-2019 18:30 → 11-12-2019 20:30 - Duração: 2 horas

A FRONTAL traz até ti o IV Choque FRONTAL. O tema deste ano será a "Privatização do Ensino Médico", e contamos contigo para mais uma edição!

Temos, por isso, encontro marcado no dia 11 de dezembro, pelas 18h30, na NMS|FCM. As inscrições abrem no dia 4 de dezembro, no UpEvents.

FRONTAL | A informar os médicos do futuro.

aenms.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

# ENTENDER O AUTISMO



## Entender o Autismo

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-605d09dcd1245

Evento

### Entender o Autismo

30-03-2021 18:30 → 30-03-2021 20:00 - Duração: 1:30 horas

Gostavas de compreender melhor em que consistem as perturbações do espectro do autismo e de que modo se manifestam? Qual o impacto que o confinamento está a ter nas pessoas que sofrem deste tipo de perturbação? No âmbito do Dia Mundial da Consciencialização do Autismo, trazemos-te uma palestra para que possas ver estas e outras questões esclarecidas pela Dra. Inês Leitão, especialista na área.

aefcm.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico



## Psicologia Educacional

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-60339787bb682

### Evento

#### Psicologia Educacional

24-02-2021 18:30 → 24-02-2021 20:00 - Duração: 1:30 horas

O teu semestre mal começou e já não te lembras do que estudaste? O teu semestre vai começar, mas não sabes como vais estudar as novas cadeiras? Convidamos a Dr<sup>a</sup> Tânia Dimas para te dar a conhecer técnicas, desde mapas mentais a palácios de memória, para melhorar e auxiliar o teu estudo! Junta-te a nós no dia 24 de fevereiro às 18h30, e aproveita esta oportunidade para explorares novos métodos de estudo e maximizares a tua aprendizagem e capacidade de memória! Atenção! As vagas são limitadas! Garante já o teu lugar nesta palestra que promete aumentar a tua produtividade! Para a atividade precisas de trazer material de escrita, um livro/slides/manual para pões em prática o que aprenderes e, acima de tudo, boa disposição!

aefcm.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico



## Palestra de Saúde Mental

— *Certificado de Participação*



**EMITIDO POR:**

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



**NOME**

Ana Rita Duarte

**DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**

15404513

**CÓDIGO DE CERTIFICADO**

C-5af68c4674ae9

AS ATIVIDADES FREQUENTADAS ENCONTRAM-SE NA PÁGINA SEGUINTE



## Menos estigma, Mais Saúde Mental

— Certificado de Participação



### EMITIDO POR:

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



### NOME

Ana Rita Duarte

### DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

### CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5d9e33480089c

### Evento

#### Menos estigma, Mais Saúde Mental

10-10-2019 18:00 → 10-10-2019 19:30 - Duração: 1 horas

No dia 10 de outubro celebra-se o Dia da Saúde Mental. Portugal é o quinto país da União Europeia com maior prevalência de problemas de saúde mental, sendo que quase um quinto da população portuguesa sofre de doenças do foro psiquiátrico e psicológico. Contudo, o estigma associado ainda é bastante elevado, o que tem dificultado o atempado acesso ao tratamento por parte daqueles que sofrem de doença mental. Por isso, para celebrar o Dia da Saúde Mental, vamos ter várias atividades que culminam numa palestra onde vamos contar com a presença de 2 ex-alunos: Dra. Inês Figueiredo e do Dr. Miguel Carneiro, que nos apresentam o tema "Menos Estigma, Mais Saúde Mental". Junta-te a nós pelas 18h, na Sala S2.08, para saber mais sobre este tema e conhecer quais são os desafios para futuros médicos! Contamos contigo.

aebcm.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico



## Artificial Intelligence in Healthcare

— *Certificado de Participação*



**EMITIDO POR:**

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



**NOME**

Ana Rita Duarte

**DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**

15404513

**CÓDIGO DE CERTIFICADO**

C-639f12740d1c3

AS ATIVIDADES FREQUENTADAS ENCONTRAM-SE NA PÁGINA SEGUINTE

# RESEARCH PATHS

## GYNECOLOGY AND OBSTETRICS



### Research Paths - Gynecology and Obstetrics

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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

NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-60a4398904974

#### Evento

##### Research Paths - Gynecology and Obstetrics

20-05-2021 18:00 → 20-05-2021 19:30 - Duração: 1:30 horas

E se te disséssemos que podes aliar a prática clínica à investigação? Sempre tiveste aquele bichinho da Investigação? Tens interesse na área de Ginecologia e Obstetrícia?

Desta vez trazemos-te as Doutoradas Catarina Palma dos Reis e Nádía Charepe, que vêm falar um pouco do seu percurso!

UniWebinar

A Unilabs, certifica que:

Ana Rita Duarte

Participou no UniWebinar | Uniwebinar: Diagnóstico das DST's que se realizou no dia 2023-03-09 , das 21h30 às 22h30.

António Maia Gonçalves

Diretor Médico  
Unilabs Portugal

PESSOAS CIÊNCIA SAÚDE

AEFCM cuf

SAÚDE PORTA A PORTA

Dignidade em Geriatria

Enf. Carmen Garcia  
18/04/2023, 19h  
Palestra online

LISBOA CAMARA MUNICIPAL ESTRELA ALCANTARA

## Dignidade em Geriatria

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

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

NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-643db65bbd2a2



CURSO TERAPÊUTICA  
ANTIBIÓTICA para  
UNIVERSITÁRIOS

**Ana Rita Carrega Duarte**

**Frequentou** o Curso de Terapêutica Antibiótica para Universitários, Formação pré-graduada, organizada pelo Grupo de Investigação e Desenvolvimento em Infecção e Sepsis, realizado em formato virtual entre 01-10-2021 e 17-12-2021.

Prof. Dr. João Gonçalves Pereira  
(Presidente do GISID)

## 6.4.19. Declaração de Vogal da AEFM (2019)



Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas  
Campo Mártires da Pátria,  
n.º 130 - 1169-056 - Lisboa  
Tel 21 880 30 95  
Fax 21 885 12 20  
Email [info@aeefcm.pt](mailto:info@aeefcm.pt)  
Site [www.aeefcm.pt](http://www.aeefcm.pt)

# DECLARAÇÃO

Para efeitos de seriação de Intercâmbios da *International Federation of Medical Students' Association* (IFMSA) a cargo da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), declara-se que **Ana Rita Duarte** encontra-se a exercer o cargo de Vogal da Direção Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AEFCM) desde Janeiro 2019 até à presente data.

Lisboa, 24 de Outubro de 2019

Bernardo Lisboa Resende

Presidente da Direção da AEFM

Madalena Pestana

Vice-Presidente para a Gestão Interna da Direção da AEFM

## 6.4.20. Declaração de membro do Grupo de Trabalho de Educação Médica da AEFM (2020)





## Organising Committee

IT IS HEREBY CERTIFIED THAT,

### **ANA RITA DUARTE**

INTEGRATED THE IMED CONFERENCE\* 14.0 | LISBON 2022 ORGANISING COMMITTEE AS CLINICAL MIND COMPETITION COORDINATOR. THIS GRAND PROJECT BY THE STUDENTS' UNION OF NOVA MEDICAL SCHOOL (AEFCM) TOOK PLACE AT TEATRO CAMOES FROM THE 12TH OF OCTOBER TO THE 16TH OF OCTOBER 2022.

THE IMED CONFERENCE\* IS AN ANNUAL EVENT ORGANISED BY THE STUDENTS' UNION OF NOVA MEDICAL SCHOOL | FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (AEFCM), AIMING TO BRING THE MOST RECENT SCIENTIFIC AND MEDICAL INNOVATIONS TO THE NEXT GENERATION OF LIFE SCIENCES' STUDENTS.

ITS 14TH EDITION, UNDER THE MOTO 'INNOVATING MEDICINE', PRESENTED TWO KEYNOTE LECTURES, ONE BY THE NOBEL PRIZE WINNER, RANDY W. SHECKMAN, AND THE OTHER BY THE BREAKTHROUGH PRIZE IN LIFE SCIENCES WINNER RICHAR YOULE. WE ALSO HAD THE PLEASURE TO PRESENT SCIENTIFIC LECTURES DEDICATED TO THE TOPICS HEART, MIND AND TRAUMA, ALONG WITH THE INSPIRING HUMANITARIAN LECTURES AND IMED SESSIONS.

A handwritten signature in black ink that reads 'Rui Bastos'.

**Rui Bastos**

Presidente do  
iMed Conference\* 14.0



**Afonso Andrade**

Presidente da Associação de Estudantes  
da Nova Medical School (AEFCM)

## 6.4.22. Artigo de Revisão “β-Lactams dosing in critical patients: A narrative review of optimal efficacy and the prevention of resistance and toxicity” (2022)



Review

### β-Lactams dosing in critical patients: A narrative review of optimal efficacy and the prevention of resistance and toxicity

João Gonçalves Pereira<sup>1</sup>; Joana Fernandes<sup>2</sup>; Ana Rita Duarte<sup>3</sup>; Susana Fernandes<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hospital Vila Franca de Xira; Grupo de investigação e Desenvolvimento em Infecção e Sepsis. joaogpster@gmail.com

<sup>2</sup> Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. joanacfernandes@gmail.com

<sup>3</sup> Nova Medical School, Universidade NOVA de Lisboa. anaritaduarte@live.com.pt

<sup>4</sup> Clínica Universitária de Medicina Intensiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Grupo de investigação e Desenvolvimento em Infecção e Sepsis. susanamfernandes@medicina.ulisboa.pt

\* Correspondence: João Gonçalves Pereira; joaogpster@gmail.com; Tel.: 00-351-962441546

Abstract: Antimicrobial prescription in critically ill patients represents a complex challenge due to the difficult balance between infection treatment and toxicity prevention. Underexposure to antibiotics and therapeutic failure or, on the opposite, drug overexposure and toxicity, may both contribute to a worse prognosis. Moreover, changes in organ perfusion and dysfunction often lead to unpredictable pharmacokinetics.

In critically ill patients inter-individual and intra-individual real-time β-lactam antibiotic dose adjustments, according to the patient's condition, are critical. Continuous infusion of β-lactams or therapeutic monitoring of its concentration have both been proposed to improve its efficacy, but strong data to support its use is still lacking. Knowledge of pharmacokinetic/pharmacodynamic targets is poor and mostly based on observational data.

In patients with renal or hepatic failure selecting the right dose is even more tricky, due to changes in drug clearance, distribution, and use of extracorporeal circuits. Intermittent usage may increase even further the dosing conundrum.

Recent data have emerged linking overexposure to β-lactams to central nervous system toxicity, mitochondrial recovery delay, and microbiome changes. Besides, it is well recognized that β-lactam exposure facilitates resistance selection and correct dosing can help to overcome it.

In this review, we will discuss recent data regarding real-time β-lactam antibiotic dose adjustment, options in special populations, and impact on mitochondria and microbiome.

**Citation:** To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: Firstname  
Lastname

Received: date  
Accepted: date  
Published: date

**Keywords:** β-Lactam; Pharmacokinetics; Pharmacodynamics; Critical care; dosing; organ failure; toxicity; resistance

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2022 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

Treatment prescription in the critically ill patient represents a complex challenge, as drug dosing might be a game changer for the progression towards organ failure or death. On the other hand, changes in organ perfusion and function lead to unpredictable pharmacokinetics and side effects. In the end, adequate dosing in critically ill patients may be especially difficult to achieve [1].

Antibiotics are among the most used drugs in critically ill patients and β-lactams are considered the most useful class among them [2]. The overall consumption of antibiotics

6.4.23. Certificado de voluntária no Banco Alimentar Contra a Fome (2019)

40 ANOS  
AEFCM

# BANCO ALIMENTAR CONTRA A FOME



25 E 26 DE MAIO

PINGO DOCE  
CAMPO DE SANTANA

## Banco Alimentar Contra a Fome - Recolha de alimentos

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5cdd7d7e0e4af

6.4.24. Certificado de voluntária no projeto “Hospital da Bonecada” (2018)



**XVII Hospital da Bonecada®  
by Bepanthere Plus - 2ª fase**



— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5aa2fdf496591

## 6.4.25. Certificado de voluntária no projeto “Apoio aos Sem Abrigo” (2018)



### Apoio aos Sem-Abrigo

— Certificado de Participação



#### EMITIDO POR:

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



#### NOME

Ana Rita Duarte

#### DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

#### CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5caba886e6195

#### Evento

##### Apoio aos Sem-Abrigo

08-04-2019 21:00 → 31-05-2019 23:30

**Dizem que só damos valor às coisas quando as perdemos - e tu, sentes-te grato por aquilo que tens?**

Sai do conforto da tua **casa** e vem juntar-te à Comunidade Vida e Paz a ajudar quem mais precisa!

Existem duas equipas que podes integrar:

6.4.26. Certificado de voluntária no projeto “Apoio aos Sem Abrigo” (2019)



**Apoio aos Sem-Abrigo**

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5be7ea9732199

## 6.4.27. Certificado de voluntária no projeto “Natal Diferente” (2018)



### Natal Diferente | Inscrições

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

AEFML - Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa  
Avenida Professor Egas Moniz Hospital de Santa Maria – Piso 01  
1649-035 Lisboa



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5c083f10a53f7

#### Evento

##### Natal Diferente | Inscrições

05-12-2018 21:00 → 24-12-2018 12:30

O **Natal Diferente** é um projeto organizado pela Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa (AEFML) em parceria com Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas (AEFCM) existente há mais de vinte e cinco anos, no dia 24 de dezembro.

Trata-se de um projeto que tem como missão oferecer um sorriso aos pacientes internados durante a manhã do dia 24 de dezembro, impedidos de passar a quadra natalícia nos seus lares, na companhia da sua família e amigos.

aefml.up.events  
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

6.4.28. Certificado de voluntária no projeto “Rastreios à população - MarcaMundos” (2018)



**Rastreios Médicos CC Alegro Setúbal**

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Ana Rita Duarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15404513

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5a9c039a58103

Evento

**Rastreios Médicos CC Alegro Setúbal**

10-03-2018 09:30 → 11-03-2018 20:00

Não percas esta oportunidade!

Cresce como médico ao entrar em contacto direto com a população e aconselha para estilos de vida mais saudáveis.

**6.4.29. Certificado de voluntária no na associação AAMA – Colónia de Férias para crianças com necessidades educativas especiais (2019)**

ASSOCIAÇÃO DE ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA



## CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Duarte portador/a do Cartão de cidadão/B.I. n.º 15404513, participou no programa de voluntariado "Férias desportivas da A.A.M.A 2019" – colónias de férias para crianças com Necessidades Especiais, o qual decorreu entre os dias 28 de julho e 10 de agosto de 2019, no Colégio do Amor de Deus, em Cascais.

A participação no programa incluiu 16 horas de formação em desporto adaptado, psicomotricidade, atividades de vida diária e necessidades especiais, assim como o desempenho de funções de monitorização dos participantes e programação das atividades da colónia em 110 horas de voluntariado.

As coordenadoras,

Ana Catarina Celso  
Constança Varela

A.A.A.M.A.  
Associação de Actividade Motora Adaptada  
Cont: 508 836 976  
Rita da Costa

# FRONTAL

## CERTIFICADO

Certifica-se que ANA RITA CARREGA DUARTE, portador(a) do CC número 15404513, foi membro da comissão organizadora da Revista FRONTAL, um projecto da Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas (AEFCM), no mandato de 2019, enquanto Coordenadora de Imagem.

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:** criação de imagens para divulgação das atividades e parcerias da FRONTAL.

Carolina Gavancho

CAROLINA GAVANCHO

DIRECTORA DA FRONTAL DO MANDATO 2019

Madalena Pestana

MADALENA PESTANA

VICE-PRESIDENTE DA AEFCM DO MANDATO DE 2019

