

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

UC ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

REGENTE: PROFESSOR DOUTOR RUI MAIO

ANO LETIVO 2023/24

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE



PEDRO AFONSO DE MIRANDA E CASTRO SOUSA NUNES

A2017372 | TURMA 2

CIÊNCIA ID: 321B-8AA4-540A

ORCID ID: 0000-0001-8331-6120

ORIENTADOR: Dr. ANAXORE CASIMIRO

“Watch your thoughts, for they will become actions. Watch your actions, for they'll become habits. Watch your habits for they will forge your character. Watch your character, for it will make your destiny.”

Margaret Thatcher

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer a todos os professores, tutores e profissionais de saúde que me acompanharam ao longo destes anos, não só pela partilha de experiências e conhecimentos, mas também por cultivarem em mim o amor pela arte da Medicina.

Ao Dr. Carlos Nascimento, tutor de Cirurgia Geral no 3ºano, agradeço o exemplo de profissionalismo e humanidade que me marcaram, e por me mostrar desde cedo que ser médico vai além de “tratar” doentes.

Aos tutores com os quais me cruzei ao longo deste ano: Drª. Mariana Silva, Dr. Mário Santos, Dr. António Campos, Drª. Alexandra Cordeiro e Drª. Ana Caixeiro, agradeço por toda a disponibilidade, dedicação e esforço feito para contribuir para a minha formação médica.

À Dra. Daniela Sá Leão, tutora de Cirurgia Geral no 6ºano, deixo também uma palavra de agradecimento especial por me ter incutido o sentimento de responsabilidade para com os doentes e importância de termos brio e profissionalismo na prática da arte da Medicina.

Expresso, também, a minha gratidão ao Dr. Anaxore Casimiro pela orientação e pela crítica construtiva durante a elaboração deste relatório.

Aos amigos feitos ao longo destes anos e que me acompanharam neste jornada, o meu agradecimento por fazerem jus ao ditado “Medicina não se faz sozinho”. Agradeço a todos os amigos de longa data que trago do Porto, a grande maioria espalhados por faculdades de Medicina neste país, pela amizade duradoura e pelo apoio incondicional que sempre me proporcionaram. A ambos manifesto o meu agradecimento por todas as memórias criadas e por terem partilhado comigo alguns dos melhores anos da minha vida.

À minha mãe, Professora Doutora Conceição Castro, por te me ter ensinado o valor do trabalho, da dedicação e da excelência.

Ao meu pai, Professor Doutor Pedro Nunes, por me transmitir a importância de valores como humildade e humanidade.

Não teria chegado aqui sem o vosso apoio incondicional e qualquer gota de suor ou lágrima derramado neste percurso, caiu sempre num mar de suor e lágrimas vosso que me permitiu ter as condições para ser quem sou hoje.

Ao meu irmão, Luís, por teres sempre colocado a fasquia elevada e me desafiastes todos os dias a querer ser melhor.

À Inês, o meu grande pilar ao longo desta jornada para me tornar médico, deixo o meu maior agradecimento. Por teres sido “casa” longe de casa e pelo teu apoio absoluto nos bons e maus momentos que foram a chave do meu sucesso.

Índice

1 - Introdução e Objetivos Gerais	5
2 – O Estágio Profissionalizante.....	5
Medicina Interna	6
Cirurgia Geral.....	7
Medicina Geral e Familiar.....	7
Pediatria	8
Ginecologia e Obstetrícia	8
Saúde Mental.....	9
3 – Elementos Valorativos	9
4 – Reflexão Crítica	10
5 - Anexos	13
Anexo I – Atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Profissionalizante.....	13
Tabela 1: Cronograma do Estágio Profissionalizante.....	13
Tabela 2: Sessões Clínicas assistidas no âmbito do Estágio Profissionalizante.....	13
Tabela 3: Trabalhos realizados no âmbito do Estágio Profissionalizante.....	14
Anexo II – Casuística Geral	15
Gráfico 1 – Número de doentes observados nas diversas áreas de trabalho por estágio.....	15
Gráfico 2 - Distribuição dos doentes por Estágio parcelar e sexo.....	15
Gráfico 3 – Idade dos doentes por Estágio parcelar e média de idade global.....	15
Anexo III: Casuística relativa ao estágio parcelar de Medicina Interna.	16
Gráfico 4 – Distribuição dos doentes observados em enfermaria por sistema afetado (ICD-11).....	16
Gráfico 5 - Distribuição dos doentes observados em regime de serviço de urgência divididos por tipo de sistema afetado (ICD-11).	16
Tabela 4 – Procedimentos assistidos.....	17
Imagem 1 – Slides relativos ao trabalho “Esclerose Sistémica”	17
Anexo IV: Casuística relativa ao estágio parcelar de Cirurgia Geral.	22
Gráfico 6 – Procedimentos cirúrgicos observados e realizado (como ajudante) no Bloco operatório durante o estágio de Cirurgia Geral.....	22
Gráfico 7 – Distribuição dos doentes observados em enfermaria por sistema e órgão afetado.	22

Gráfico 8 - Distribuição dos doentes observados em regime de serviço de urgência divididos por tipo de sistema afetado (ICD-11).	23
Gráfico 9 - Distribuição dos doentes observados em regime de consulta externa divididos por tipo de sistema afetado (ICD-11).	23
Imagem 2 – Slides relativos ao Journal Club “Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder”.....	24
Imagem 3 – Slides relativos ao trabalho “Neoplasia do Pâncreas”.....	26
Anexo V: Casuística relativa ao estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar.	29
Tabela 5 – Principais diagnósticos observados durante o estágio de MGF.	29
Imagem 4 – Slides relativos ao Caso Clínico de MGF.	29
Anexo VI: Casuística relativa ao estágio parcelar de Pediatria.....	32
Tabela 6 – Doentes observados na UCERN e respetivos diagnósticos / motivos de internamento.....	32
Tabela 7 – Doentes observados em contexto de serviço de urgência.	32
Imagem 5 – Slides relativos ao trabalho “Doença de Hirschprung : Megacólon agangliónico congénito”.....	33
Anexo VII: Casuística relativa ao estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.	36
Gráfico 10 – Número de doentes observados por área no âmbito do estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.	36
Gráfico 11 – Partos observados durante o estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.	36
Imagem 6 – Slides relativos ao trabalho “Amenorreia”	36
Anexo VIII: Casuística relativa ao estágio parcelar de Saúde Mental.....	43
Gráfico 12 – Doentes observados no serviço de reabilitação ao longo do estágio de SM.....	43
Gráfico 13 – Doentes observados na consulta externa no âmbito do estágio de SM.	43
Anexo IX – Elementos Valorativos: descrição e certificados.	44
6 - Bibliografia.....	75
7 - Glossário:	75

1 - Introdução e Objetivos Gerais

A Unidade Curricular Estágio Profissionalizante corresponde à conclusão da nossa formação no Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do 6º ano da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas. Nesse sentido, a UC assume como objetivo principal a profissionalização, permitindo a integração e consolidação de conceitos adquiridos em anos curriculares anteriores, mas também a aquisição de autonomia progressiva e capacitação nas funções que irei desempenhar enquanto médico recém-formado.

Tendo por base os objetivos de aprendizagem delineados nos documentos “O Licenciado Médico em Portugal” e “The Tuning Project”, defini os seguintes objetivos específicos transversais a todos os estágios parcelares: **1)** consolidar os meus conhecimentos das ciências básicas da saúde e aplicá-los na prática clínica; **2)** desenvolver competências de abordagem diagnóstica e sistematização do raciocínio clínico, sobretudo no que concerne os problemas de saúde mais frequentes em cada especialidade; **3)** otimizar a escolha e prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; **4)** praticar gestos e procedimentos médicos; **5)** desenvolver a capacidade de comunicação efetiva, compreensiva e clara com doentes, famílias e profissionais de saúde; **6)** aperfeiçoar as minhas competências de trabalho em equipa, integração e participação ativa nas equipas de profissionais de saúde; **7)** adotar uma atitude proativa perante o desenvolvimento de competências pessoais, nomeadamente dos valores e atitudes de integridade e responsabilidade inerentes à profissão médica; **8)** compreender o funcionamento dos diferentes serviços de saúde; **9)** desenvolver estratégias para gestão de tempo de forma profícua, permitindo o adequado aproveitamento académico e estudo para a Prova Nacional de Acesso (PNA), não descurando, no entanto, a vida pessoal e familiar.

Deste modo, o presente relatório visa descrever de forma sumária as atividades desenvolvidas ao longo do 6ºano, os aspetos de maior relevância de cada estágio parcelar, assim como outras atividades realizadas ao longo do curso que moldaram a minha formação médica. Por fim, concluo com uma reflexão crítica sobre as atividades descritas, perspetivando-as com os objetivos estabelecidos.

2 – O Estágio Profissionalizante

A UC Estágio Profissionalizante, sob a regência do Professor Doutor Rui Maio, composta por seis estágios parcelares, decorre num período de 32 semanas. O cronograma completo do estágio profissionalizante pode ser consultado na Tabela 1 (anexo I), contendo a informação sobre o período e local de realização de cada estágio, bem como os respetivos tutores e coordenadores dos mesmos. Adicionalmente, em anexo encontra-se um resumo das sessões clínicas assistidas nos diversos estágios (anexo I, tabela 2), trabalhos realizados (anexo I, tabela 3), bem como uma análise casuística global, quer por área de trabalho (anexo I, gráfico 1), por sexo (anexo I, gráfico 2) e idade (anexo I, gráfico 3).

Medicina Interna

O Estágio Parcelar de Medicina Interna, coordenado pelo Professor Doutor António Mário Santos, tem a duração de oito semanas, durante as quais integrei a equipa médica da ala dos homens do serviço de Medicina 2.3 do Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC), sob orientação da Dr^a. Mariana Silva. Para este estágio parcelar, defini como objetivos específicos: **1)** consolidação de conhecimentos previamente adquiridos e participação ativa na gestão dos doentes, desenvolvendo o raciocínio clínico relativo às patologias mais frequentes na atualidade da especialidade; **2)** praticar a execução de registos clínicos; **3)** aperfeiçoar as minhas capacidades de trabalho em equipa, de comunicação com doentes e familiares e integração com os restantes profissionais de saúde. Diariamente, a equipa reunia-se para fazer um ponto de situação do estado de cada doente, incluindo a discussão das intercorrências e procedimentos que decorreram no dia anterior, seguido da distribuição dos mesmos pelos clínicos. Apesar de ser um serviço com uma equipa bastante completa, tive sempre a oportunidade de ficar responsável por um a três doentes, sempre devidamente supervisionado e acompanhado por um interno de formação específica ou especialista. Preferencialmente, tentava ficar com os mesmos doentes ao longo do estágio para conseguir manter o seguimento dos mesmos durante o tempo de internamento e, desse modo, adquirir de forma gradual autonomia. No final da manhã, reunia com o assistente/interno responsável pelos doentes que observei e aproveitava esse período para corrigir erros que pudessem existir no diário clínico, debater sobre o que poderia fazer diferente (a nível de terapêutica e cuidados), realizar uma revisão teórica e discussão informal sobre a patologia e expor qualquer dúvida que possa ter. Posteriormente, realizava-se uma nova reunião com toda a equipa para analisar a situação de todos os doentes internados, apresentando um resumo conciso do estado clínico e debatendo quaisquer novas intercorrências ou mudanças no plano que tivessem ocorrido. Neste momento, era-me dada a oportunidade de participar na reunião, apresentando os doentes que observei. Adicionalmente, tive a oportunidade de frequentar o serviço de urgência (SU) do Hospital São José no balcão e serviço de observação, auxiliando na colheita de história clínica e realização de exame objetivo, bem como na marcha diagnóstica e terapêutica dos doentes observados. Em anexo, encontra-se o registo dos doentes que observei ao longo do estágio divididos por sistema afetado, em contexto de enfermaria (anexo III, gráfico 4) e urgência (anexo III, gráfico 5), bem como os procedimentos assistidos (anexo III, tabela 4). Paralelamente ao estágio prático, tive a oportunidade de frequentar dois workshops organizados pela regência da UC, sobre “Alterações do equilíbrio ácido base” e “Decisões de fim de vida”, bem como diversas sessões clínicas realizadas semanalmente para todo o serviço 2.3 do HSAC, abordando diversos temas de relevo (anexo I, tabela 2). No final do estágio e como forma de avaliação, apresentei, juntamente com os meus colegas, um trabalho sobre o tema “Esclerose Sistémica”, uma patologia incomum e com a qual tivemos a oportunidade de contactar através de um dos doentes internados (anexo III, imagem 1).

Cirurgia Geral

O estágio de cirurgia geral, coordenado pelo Professor Doutor Rui Maio, decorreu no serviço de HBP do Hospital de Cascais, sob a tutela da Dr^a. Daniela Sá Leão. Defini como objetivos específicos para o estágio parcelar: **1)** conhecer as patologias mais frequentes em Cirurgia Geral e a sua abordagem; **2)** executar as técnicas mais comuns em pequena cirurgia, bem como realizar técnicas de anestesia e de assepsia necessárias; **3)** aprimorar competências clínicas com vista a desenvolver autonomia e responsabilidade na prática clínica. No decorrer das oito semanas, tive a oportunidade de acompanhar a minha tutora nas diversas atividades, desde bloco operatório, enfermaria, urgência e consulta externa. A grande parte do estágio decorreu em contexto de enfermaria, onde sob supervisão de um interno de formação específica, ficava responsável por cinco a dez doentes. Neste contexto, observei um total de 56 doentes, sendo que em anexo se encontra a distribuição dos mesmo por sistema afetado (anexo IV, gráfico 7). No bloco operatório, tive a oportunidade de auxiliar diversas cirurgias (n=18) (anexo IV, gráfico 6), quer por via aberta, quer por via laparoscópica, permitindo-me compreender melhor certas técnicas cirúrgicas, revisão de conceitos anatómicos e treino de técnicas de assepsia, de sutura e de manuseamento de instrumentos cirúrgicos. Adicionalmente, frequentei o SU do HC tendo acompanhado a equipa médica no balcão de cirurgia, bem como na sala de pequena cirurgia, auxiliando na colheita de história clínica e realização de exame objetivo, bem como na marcha diagnóstica e terapêutica dos mesmo doentes. Frequentei ainda o SU do HSJ, de forma extracurricular, tendo acompanhado a equipa do Dr. Carlos Vitorino na sala de pequena cirurgia, com o objetivo de aprimorar técnicas de sutura. Os doentes observados encontram-se em anexo (anexo IV, gráfico 8). Em contexto de consulta externa, assisti a consultas pré-operatórias, de seguimento pós-operatório e primeiras consultas, perfazendo um total de 15 consultas (anexo IV, gráfico 9).

No decorrer do estágio, apresentei, juntamente com as minhas colegas, um *journal club* sobre o artigo “*Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder*” para o serviço de cirurgia (anexo IV, imagem 2), bem como um trabalho, baseado num caso clínico, sobre “Neoplasia do Pâncreas” no Minicongresso de Cirurgia do Hospital da Luz (anexo IV, imagem 3).

Medicina Geral e Familiar

O estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Pinto, tem duração de quatro semanas, durante as quais integrei a atividade clínica da USF Marginal, no Estoril, sob tutela do Dr. Mário Santos. Para este estágio, tracei como objetivos específicos os seguintes: **1)** aprimorar o conhecimento clínico no que concerne à avaliação e gestão das patologias mais comuns em cuidados de saúde primários; **2)** treinar técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação médico-doente. Tive a oportunidade de assistir e realizar, sob supervisão, consultas de saúde de adultos, saúde infantil, saúde materna, planeamento

familiar e de doença aguda, o que me permitiu treinar diversos gestos e procedimentos médicos, bem como sistematizar a abordagem das patologias mais prevalentes (anexo V, tabela 5). Como forma de avaliação, apresentei um caso clínico (anexo V, imagem 4), inserido na realização do Diário de Exercício Orientado.

Pediatria

O estágio parcelar de Pediatria, coordenado pelo Professor Doutor Luís Varandas, decorre ao longo de quatro semanas, durante as quais acompanhei a atividade clínica do Dr. António Campos na UCERN do HDE. Para o estágio de Pediatria, defini como objetivos principais: **1)** sistematizar o raciocínio clínico relativo às patologias mais prevalentes em idade pediátrica; **2)** desenvolver competências de comunicação necessárias à abordagem das diferentes faixas etárias, tanto com o doente, como com os familiares e/ou cuidadores; **3)** praticar a realização do exame físico nas diferentes fases de vida (recém-nascidos, crianças e adolescentes). A UCERN é uma unidade subespecializada que acompanha doentes com necessidades nutricionais especiais, que na sua maioria necessitam de nutrição parentérica prolongada, pelo que a necessidade de colocação de cateter venoso central de longa duração e internamento prolongado são a norma neste serviço. No decorrer do estágio, tive a oportunidade de observar e avaliar esses doentes, acompanhado a sua progressão, reforçando a importância que a componente nutricional tem no nosso desenvolvimento, bem como de participar na reunião de serviço que se realizava diariamente e apresentar os doentes que acompanhava. Adicionalmente, tive a oportunidade de frequentar o SU, que me permitiu sistematizar a abordagem de várias patologias agudas prevalentes na pediatria. No seminário final do estágio de Pediatria, em conjunto com os meus colegas, apresentei um trabalho sobre o tema “Doença de Hirschprung: Megacólon agangliónico congénito” (anexo VI, imagem 5). Em anexo, encontra-se o registo dos doentes observados na UCERN (anexo VI, tabela 6) e no SU (anexo VI, tabela 7).

Ginecologia e Obstetrícia

O Estágio Parcelar de Ginecologia e Obstetrícia, coordenado pela Professora Doutora Teresinha Simões, tem a duração de quatro semanas, durante as quais integrei a equipa de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da Luz (HL), sob tutela da Dra. Alexandra Cordeiro. Destaco como principais objetivos para este estágio: **1)** contactar com a mulher nas diferentes fases reprodutivas; **2)** sistematizar o raciocínio clínico relativo às patologias mais prevalentes na especialidade; **3)** observar e participar em partos eutócicos, distócicos e cesarianas. No HL, o estágio de GO está organizado de modo que os alunos passem pelas diferentes valências da especialidade, nomeadamente: consulta de ginecologia, de obstetrícia e de procriação medicamente assistida, serviço de urgência, cardiotocografias, colposcopias, histeroscopias, ecografia obstétrica, bloco operatório, bloco de partos e puerpério. No decorrer do estágio

acompanhei a minha tutora, bem como outros profissionais de saúde, nas diversas atividades supramencionadas. Adicionalmente, frequentei o workshop “The Woman” no HBA, organizado pela regência da UC. No final do estágio, para avaliação do mesmo, apresentei, com os meus colegas, um trabalho sobre tema “Amenorreia” (anexo VII, imagem 6). Em anexo, encontra-se um resumo dos doentes observados por área (anexo VII, gráfico 10) e o número de partos observados (anexo VII, gráfico 11).

Saúde Mental

O estágio parcelar de Saúde Mental, coordenado pelo Professor Doutor António Miguel Talina, tem a duração de quatro semanas, durante as quais acompanhei a atividade clínica da Dr^a. Ana Caixeiro no serviço de reabilitação do Hospital Júlio de Matos (HJM). Destaco como principais objetivos para este estágio: **1)** identificar as diversas perturbações psiquiátricas e distingui-las do funcionamento psicológico normal; **2)** sistematizar a abordagem das principais patologias psiquiátricas; **3)** desenvolver competências sociais fundamentais à relação médico-doente.

O serviço de reabilitação, como o nome indica, é unidade que recebe doentes que têm alta do internamento de agudos, mas que ainda apresentam dificuldades a integrar-se na sociedade e a realizar atividades do dia-a-dia de forma autónoma e adequada. Nesse sentido, e de modo a evitar a recorrência de internamentos que muitos destes doentes experienciam, é feito um acompanhamento de forma a capacitar os mesmos no aperfeiçoamento de tarefas do quotidiano, permitindo-lhes uma aquisição gradual de uma autonomia que ainda não demonstram, sendo o acompanhamento no internamento completado com o apoio de outras unidades hospitalares, como a terapia ocupacional, onde os doentes se aproximam de uma vivência mais realista e adequada às necessidades terapêuticas de cada um, bem como do serviço de ação social. No decorrer do estágio, tive a oportunidade de observar entrevistas de triagem de doentes, entrevistas de seguimento que me permitiram acompanhar a evolução de cada um e acompanhar atividade de diferentes profissionais de saúde, desde enfermeiros, terapeutas ocupacionais até ao grupo de Grupo de Teatro Terapêutico (GTT). Adicionalmente, tive a oportunidade de assistir a um dia de consulta externa com a Dr^a. Helena Maximo. Em anexo, encontra-se o registo dos motivos de internamento dos doentes observados (anexo VIII, gráfico 12), bem como de recorrência à consulta externa (anexo VIII, gráfico 13).

3 – Elementos Valorativos

Desde o início do meu percurso como estudante de medicina, sempre ouvi que “Quem só sabe de Medicina, nem Medicina sabe” e, por esse motivo, procurei sempre complementar o meu curriculum com diversas atividades extracurriculares de forma a enriquecer a minha formação. Considerando o conhecimento em diversas áreas, de Medicina e não só, como uma ferramenta

essencial para o nosso crescimento, participei de várias palestras e congressos, os quais destaco em anexo (anexo IX). No que concerne à participação associativa, integrei no mandato de 2017/18, o Departamento de Ciência e Formação da AENMS, sendo responsável pelo projeto PECLICUF, estando a cargo da criação e gestão de estágios clínicos para estudantes de Medicina na rede de hospitais CUF. No mesmo ano, fui membro da Comissão de Curso do 1º ano, na qual tive a oportunidade representar os alunos junto do corpo docente. Relativamente ao percurso extracurricular, realizei, durante a pandemia, um estágio virtual de Cardiologia Pediátrica através da ONG israelita *Save a Child's Heart* e completei a Academia de Empreendedorismo (Universidade NOVA de Lisboa), entre outras formações que se encontram em anexo (anexo IX). Do mesmo modo, tive a oportunidade de acompanhar no ano letivo de 2022 o Dr. Carlos Vaz, coordenador de Cirurgia Robótica da CUF, onde tive a oportunidade de treinar diversos gestos técnicos no robot “Da Vinci” e, no presente ano letivo, o Dr. Manuel Passarinho no bloco de ortopedia do hospital CUF Tejo, participando em diversas cirurgias.

Adicionalmente, e como a base do sucesso académico passa por ter *Mens sana in corpore sano*, juntamente com colegas da NMS e da FMUL, fundei em 2021 o primeiro club de surf de uma escola médica em Portugal, com vista a promover a prática de exercício físico e integração dos alunos, tendo sido responsável pelo Departamento de Merchandising, bem como coordenador do Departamento de Eventos. Por fim, fui também membro efetivo do grupo estudantil Grémio Académico desde 2018.

Os restantes elementos valorativos, tais como palestras, conferências e formações realizadas nos restantes anos letivos, que não estejam relatadas em anexo, podem ser consultados no Curriculum vitae através do link: <https://www.cienciavitae.pt//pt/321B-8AA4-540A>

4 – Reflexão Crítica

Concluído o Mestrado Integrado em Medicina, resta-me refletir sobre o meu percurso académico e, em especial, sobre este último ano. A UC Estágio profissionalizante desempenhou, sem dúvida, um papel fundamental na transição entre a formação pré e pós-graduada, considerando-a uma experiência enriquecedora e que a espaços superou as minhas expectativas. Iniciei o ano letivo com o estágio que, em retrospectiva, mais me aproximou das funções que irei um dia desempenhar enquanto médico, **Medicina Interna**. Neste estágio, fui desde cedo confrontado com uma autonomia e responsabilidade para as quais não estava habituado, nem preparado e a rotina de enfermaria foi, ao início, intimidante. No entanto, a forma como toda a equipa me acolheu e integrou na dinâmica de trabalho, proporcionou-me um ambiente propício à aprendizagem que me permitiu, de forma gradual, ganhar autonomia e sentir-me confortável em realizar as tarefas propostas. Acredito que estes aspetos foram cruciais para completar a minha formação e considero que este estágio me deu oportunidade de adquirir e cimentar

conhecimentos relativos às patologias mais prevalentes na especialidade, bem como aprimorar a minha capacidade de trabalho em equipa. Adicionalmente, a frequência na enfermaria ao longo do estágio, consciencializou-me para vários problemas no SNS, tais como a elevada carga burocrática que cada vez mais retira o médico da cabeceira do doente, a escassez de recursos (materiais e humanos), a carência das infraestruturas e o crescente problema de meios de escoamento de doentes que se materializa num aumento de casos sociais com internamentos de longa duração. Por outro lado, destaco como aspeto menos positivo a falta de contacto com a consulta externa, não considerando, no entanto, que isso tenha prejudicado globalmente o meu aproveitamento daquele que foi o estágio mais positivo ao longo do ano letivo. O estágio de **Cirurgia Geral**, realizado num hospital em parceria público-privada, contrastou com a realidade que tinha vivido nos dois meses anteriores. Tenho um apreço especial pela especialidade, pelo que tinha expectativas pessoais mais elevadas, e desde já considero que foram superadas. O decorrer do estágio deu-se em grande maioria no contexto de enfermaria e apesar de já estar mais familiarizado com o funcionamento da mesma, desta vez o desafio foi maior já que a enfermaria se encontrava a cargo dos alunos do 6ºano e do interno de formação geral destacado para o serviço. Adicionalmente, a frequência no bloco operatório, que tem potencial para ser um espaço pouco propício à aprendizagem, constituíram, para mim, os momentos mais educativos, não só pelo número de cirurgias participadas, como pelo apoio dado pela tutora ao longo das mesmas. Efetivamente, este estágio deu-me oportunidade para passar “da teoria à prática”, que acredito ser um dos objetivos mais importantes do 6ºano. Seguiu-se o estágio de **Medicina Geral e Familiar**, realizado na USF Marginal, no Estoril. Nesta etapa, compreendi que a responsabilidade de um especialista em cuidados primários vai além do diagnóstico clínico de sintomas e tratamento dos mesmos, passando na maioria das vezes por desempenhar um papel singular de vigilância, prevenção e diagnóstico precoce. Paralelamente, este estágio permitiu-me abordar o doente de forma holística, destacando a importância que a dinâmica familiar, contextos socioeconómicos e psicossociais podem ter no acompanhamento do mesmo. O estágio de **Pediatria** foi realizado na UCERN do HDE. Não considero que esta unidade seja a mais indicada para receber e formar um aluno do 6ºano. Por ser uma unidade com um grau de subespecialização elevado, que aborda doentes com patologias incomuns e tratamento específicos que passam, na maioria, por alimentação parentérica, acaba por privar a nossa formação de contactar com as patologias mais comuns e aprimorar a abordagem das mesmas. A frequência do SU colmata alguns destes défices através do contacto com patologias mais prevalentes na especialidade, permitindo-me cumprir alguns dos objetivos propostos. No entanto, dado sermos quatro alunos escalados para a unidade e apenas um médico a realizar urgência, fez com que tivesse contacto com esta área somente duas vezes. Considero que os estágios realizados no HDE poderiam ter um carácter rotativo, permitindo ao aluno o contacto com as diferentes valências da especialidade. Concluí a unidade curricular com o estágio de **Saúde Mental**, realizado no serviço de reabilitação do HJM. Como pontos positivos, destaco o

acolhimento da equipa, que rapidamente me integrou, colocando-me à vontade num ambiente que por vezes pode ser intimidante. Adicionalmente, dado os doentes terem internamentos prolongados, as quatro semanas de estágio permitem um contacto mais próximos com os mesmos, possibilitando uma abordagem mais holística, característica que ganha relevo na área da reabilitação. No entanto, considero como ponto negativo a falta de contacto com patologia aguda, uma vez que na unidade os doentes se encontram em reabilitação.

Finda a UC, considero que cumpri globalmente os objetivos propostos e não tenho dúvidas que estes estágios contribuíram de forma ímpar para a minha formação não só teórico-prática, mas também humana, competências que serão uma mais-valia na prática futura. Destaco, por fim, o rácio tutor/aluno, não só este ano, como também nos restantes anos curriculares, que considero ser a chave para o sucesso da UC Estágio Profissionalizante, bem como de todo o ensino na NMS | FCM, sendo dos maiores elementos de destaque face às restantes escolas médicas do país.

Em suma, **o 6o ano foi um ano desafiante**: foi um ano trabalhoso, complexo e cansativo, mas, simultaneamente, um ano de aprendizagem, de crescimento pessoal e repleto de emoções. Considero que cumpri maioritariamente os objetivos a que me propus inicialmente e tenho a certeza que este ano contribuiu imensamente para o meu futuro pessoal e profissional.

As **atividades extracurriculares** nas quais me envolvi ao longo do meu percurso académico, considero fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A passagem pelo associativismo foi algo que, desde cedo, pautou o meu percurso, tendo desempenhado cargos na Associação de Estudantes, bem como na Comissão de Curso. Participar nestes órgãos permitiu-me desenvolver competências de organização, liderança de equipa, gestão de conflitos e comunicação que não teria facilidade em adquirir ao longo do curso e que considero fundamentais para a prática plena da profissão.

Concluo a minha formação médica pré-graduada com um sentimento de dever cumprido e uma enorme satisfação por ter superado vários desafios. Considero que o Estágio Profissionalizante me proporcionou competências práticas essenciais, servindo como ponte crucial entre a vida de estudante e a prática médica futura. Paralelamente, o meu percurso extracurricular dotou-me de competências humanísticas e sociais indispensáveis a esta profissão. Termino este percurso com a certeza de que a NMS|FCM me forneceu todas as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios profissionais do futuro com confiança e determinação.

5 - Anexos

Anexo I – Atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Profissionalizante

Tabela 1: Cronograma do Estágio Profissionalizante.

Estágio	Regente	Período	Local	Tutor(a)
Medicina Interna	Professor Doutor António Mário Santos	11 de Setembro a 3 de Novembro 2023	Hospital Santo António dos Capuchos – Medicina 2.3	Drª. Mariana Silva
Cirurgia Geral	Professor Doutor Rui Maio	6 de Novembro 2023 a 12 de Janeiro 2024	Hospital de Cascais – Serviço HBP	Drª. Daniela Sá Leão
Medicina Geral e Familiar	Professor Doutor Daniel Pinto	22 de Janeiro a 16 de Fevereiro 2024	USF Marginal	Dr. Mário Santos
Pediatria	Professor Doutor Luís Varandas	19 de Fevereiro a 15 de Março 2024	Hospital Dona Estefânia - UCERN	Dr. António Campos
Ginecologia e Obstetrícia	Professora Doutora Teresinha Simões	18 de Março a 19 de Abril de 2024	Hospital Lusíadas	Drª. Alexandra Cordeiro
Saúde Mental	Professor Doutor Miguel Talina	22 de Abril a 17 de Maio de 2024	Hospital Júlio de Matos – Serviço de Reabilitação	Drª. Ana Caixeiro

Tabela 2: Sessões Clínicas assistidas no âmbito do Estágio Profissionalizante.

Estágio	Tema da Sessão Clínica	Orador	Data
Medicina Interna	"Análise Sumária de Urina"	Dr. António Mesquita	12 Setembro
	Sessão Prática - "Ecografia dos Vasos Femorais e Subclávios"	Dr. António Mesquita	13 Setembro
	"Policitémia"	Drª. Diana Dias	15 Setembro
	"Carcinomas primários ocultos"	Drª. Filipa Verdasca	18 Setembro
	"Radiografia do tórax"	Dr. Vítor Brotas	20 Setembro
	"Raciocínio Diagnóstico – Pneumologia"	Dr. António Mesquita	25 Setembro
	"Alterações do equilíbrio ácido-base"	Professor Doutor Pedro Póvoa	27 Setembro
	"Eosinofilia"	Drª. Mariana Gaspar	29 Setembro
	"Défice de Vitamina D"	Dr. João Costa	2 Outubro
	"Eletrocardiografia"	Dr. Miguel Martins	4 Outubro
	"Decisões de fim de vida"	Drª. Camilo Tapadinha	11 Outubro
	"Vertigens e Tonturas"	Dr. Pedro Caiado	13 Outubro
	"Toxicidade cardíaca das terapêuticas antineoplásicas"	Dr. Rui Escalreira	16 Outubro
	"Radiografia e Tomografia Computorizada torácica"	Dr. Vítor Brotas	18 Outubro

Estágio	Tema da Sessão Clínica	Orador	Data
	"Dor Articular"	Drª. Maria Pereira	20 Outubro
	"PEP, PrEP e DoxiPEP: redução risco transmissão HIV e outras IST"	Dr. Eugénio Teófilo	23 Outubro
	"Abordagem diagnóstica a Insuficiência Cardíaca descompensada"	Dr. António Mesquita	27 Outubro
Cirurgia Geral	World Pancreatic Day	Vários Oradores	16 Novembro
	"Choque Hemorrágico"	Drª. Marta Ramos	17 Novembro
Medicina Geral e Familiar	"Rastreio do Cancro do Cólon e reto: na prática"	Dr. Mário Santos	30 Janeiro
	"Abordagem ao doente com queimaduras"	Dr. Mário Santos	6 Fevereiro
Pediatria	"O telemóvel como meio de propagação de infeções"	Serviço Pediatria Médica 5.1	20 Fevereiro
	"IST – quando o diagnóstico pré-natal falha. A experiência de uma unidade de primeira infância"	Serviço Pediatria Médica 5.1	20 Fevereiro
	"Uma breve história de quase tudo: como construir uma equipa"	Serviço Pedopsiquiatria	27 Fevereiro
	"Fibrose Quística: revisitando a doença, diagnóstico e tratamento"	Serviço Pneumologia	5 Março
	"Saúde mental da criança com doença reumática"	Serviço Reumatologia	12 Março
Ginecologia e Obstetrícia	"The Woman"	Vários oradores	18 Abril

Tabela 3: Trabalhos realizados no âmbito do Estágio Profissionalizante.

Estágio	Tema do Trabalho	Co-autores
Medicina Interna	"Esclerose Sistémica"	Diogo Portugal Sara Lopes
Cirurgia Geral	"Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder"	Joana Alves Joana Azevedo
	Neoplasia do Pâncreas	Joana Alves Joana Azevedo
Pediatria	"Doença de Hirschprung: Megacólon agangliónico congénito"	Diogo Portugal Inês Fernandes Pedro Gonçalves
Ginecologia e Obstetrícia	"Amenorreia"	Beatriz Jesus Margarida Flores Paulo Correia

Anexo II – Casuística Geral

Gráfico 1 - Número de doentes observados nas diversas áreas de trabalho por estágio.

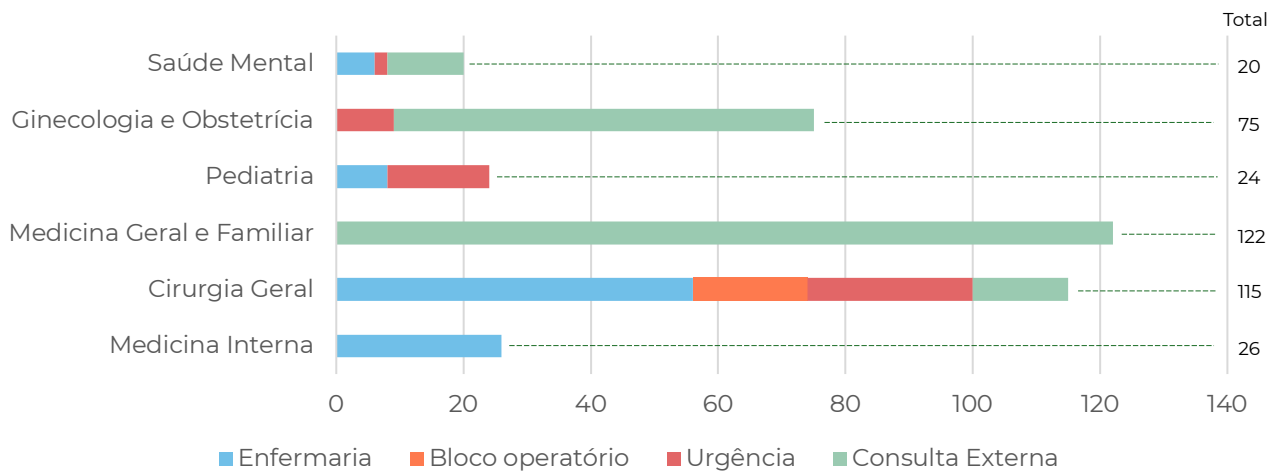


Gráfico 2 - Distribuição dos doentes por Estágio parcelar e sexo.

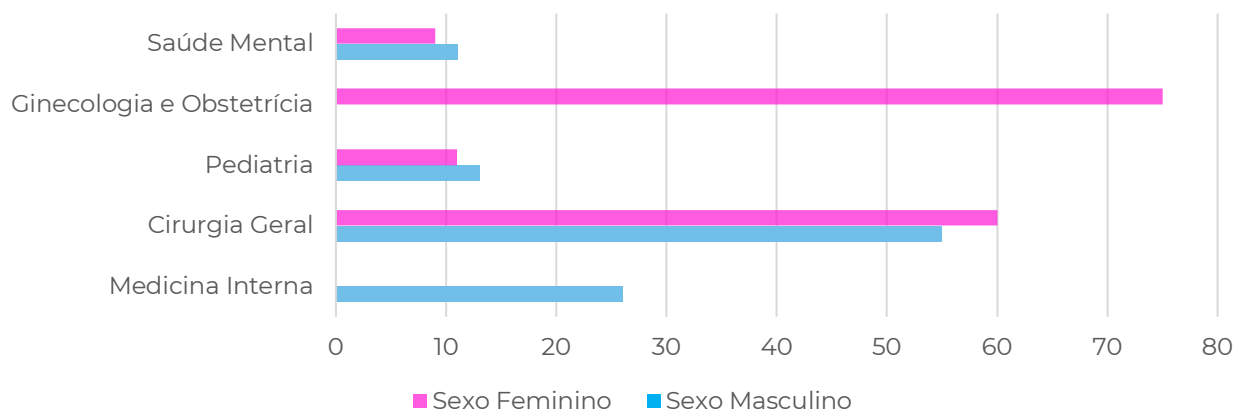
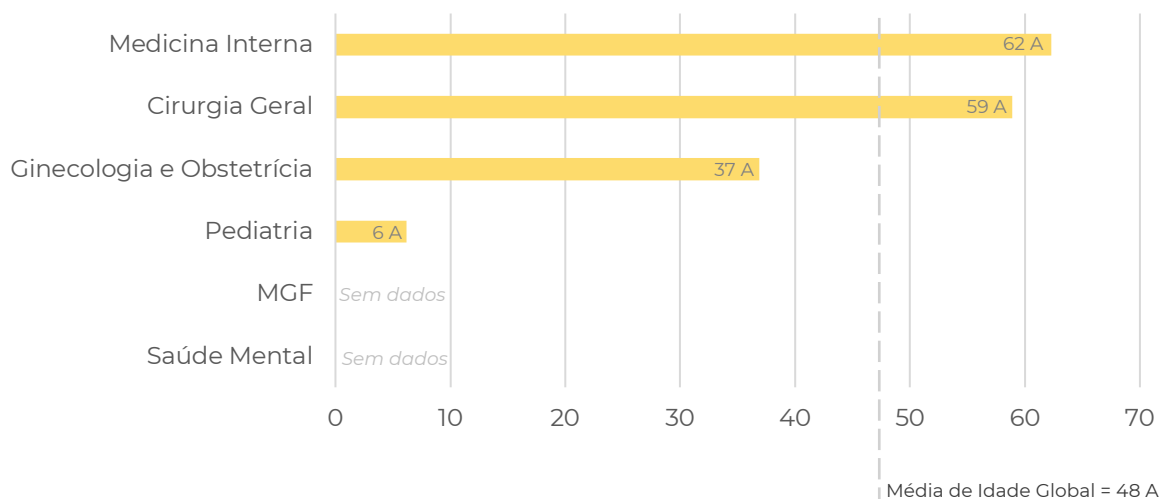


Gráfico 3 – Idade dos doentes por Estágio parcelar e média de idade global.



Anexo III: Casuística relativa ao estágio parcelar de Medicina Interna.

Gráfico 4 – Distribuição dos doentes observados em enfermaria por sistema afetado (ICD-11).

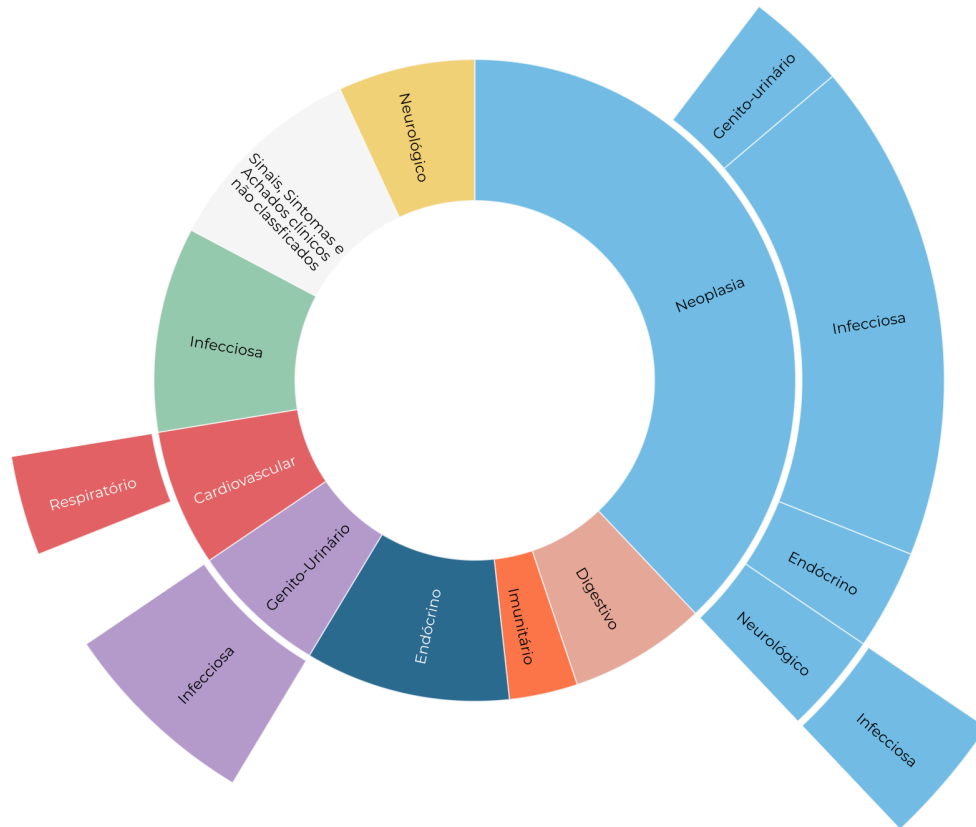


Gráfico 5 - Distribuição dos doentes observados em regime de serviço de urgência divididos por tipo de sistema afetado (ICD-11).

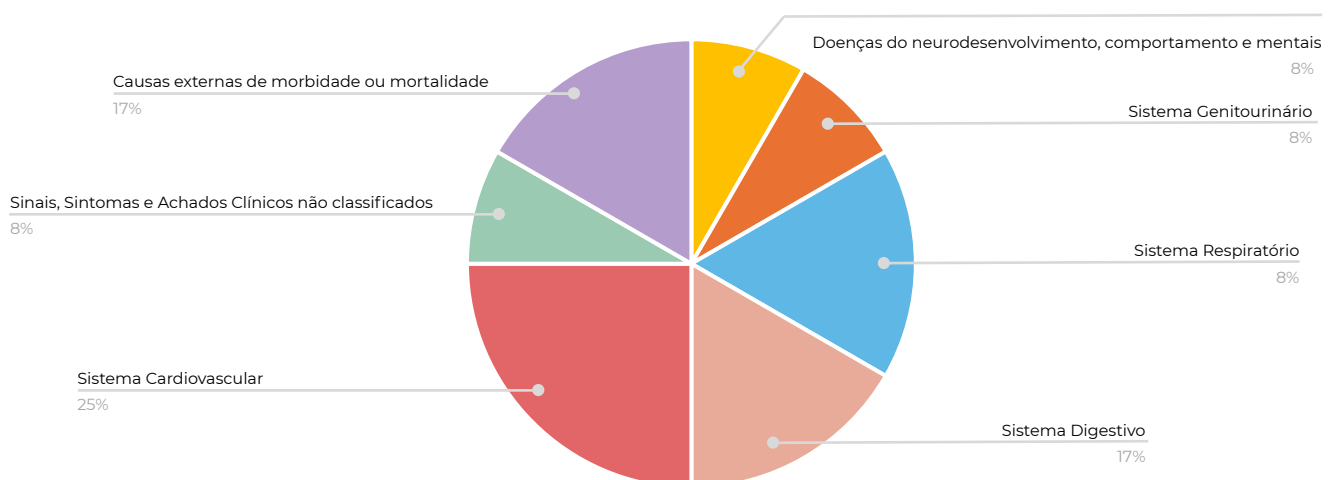


Tabela 4 – Procedimentos assistidos

Técnica Observada	Data
Colocação de Cateter Venoso Central na Veia Subclávia esquerda	12 Setembro
Toracocentese	12 Setembro
Colocação de Cateter Venoso Central na Veia Subclávia direita	13 Setembro
Colocação de Cateter Venoso Central na Veia Jugular Interna direita	13 Setembro
Mielograma	16 Setembro
Colocação de Cateter Venoso Central na Veia Subclávia direita	26 Setembro
Punção Lombar	12 Outubro
Colocação de Ventilação não invasiva (VNI)	23 Outubro
Ecocardiografia Transtorácica	24 Outubro
Colocação de Cateter Venoso Central na Veia Subclávia direita	25 Outubro
Troca de sonda nasogástrica	27 Outubro

Imagem 1 – Slides relativos ao trabalho “Esclerose Sistémica”

ESCLEROSE SISTÉMICA

Estágio Parcelar de Medicina Interna
Regente: Prof. Dr. António Mario Santos
Serviço de Medicina 2.3 - HSAC
Coordenador da Unidade: Prof. Dra. Sofia Pinheiro | Tutor: Dra. Mariana Marques Silva
Diogo Portugal, Bentes, A2016428 | Pedro Afonso Nunes, A2017372 | Sara Figueiredo Lopes, A2018426

Índice

01

Caso Clínico

02

Esclerose Sistémica

- Definição
- Manifestações Clínicas
- Avaliação Laboratorial e Biomarcadores
- Diagnóstico
- Tratamento

01

Caso Clínico

Caso Clínico

- RF, Masculino, 51A – entrada a 19/09/23 no HSAC proveniente da consulta externa
- Quadro de vómitos + dejeções diarreicas + **agravamento significativo das queixas algícas bilateral e simetricamente** (com predomínio nos joelhos, pés e mãos)
- Admissão:
 - GCS 15
 - Sem dor em repouso, **dor articular de todas as articulações à mobilização ativa**;
 - Refere insónia a várias semanas;
 - Nega náusea;
 - Eupneico em aa, sem sdr; TA 93/54, FC 108; Apirético;
 - Abdómen mole depressível e indolor sem massas palpáveis;
 - DIU mantido sem LUTS, não quantificado;
 - MI sem edemas sem sinais de TVP; penso face posterior perna direita;
 - Sem lesões cutâneas agudas aparentes, **espessamento cutâneo conforme descrito AP**.
- Análiticamente: Leucócitos 23k, PCR 144,1mg/L, Hiponatremia 129

Caso Clínico – Antecedentes Pessoais

- **Esclerose Sistêmica** diagnosticada a Fevereiro de 2023;
- HTA sob perindopril + amlodipina 10+5mg
- Dislipidemia sob atorvastatina 40mg;
- Tuberculose pulmonar aos 18 anos, com internamento de 2M no Hospital Putido Valente;
- Hábitos Tabágicos ativos desde 7 anos (2 maços/dia - 72UMA)
- Hábitos etanólicos marcados no passado – evicção alcoólica desde há 1 ano.

Medicação Habitual

- Folícil aos fins-de-semana;
- Omeprazol 20mg PA;
- Nitroglicerina TD 5mg (meio penso em casa punho) às 9h;
- AAS 150mg
- Atorvastatina 40mg jantar
- Perindopril + Amlodipina 10+5mg ao jantar
- Ibuprofeno 600mg SOS
- Metamizol Magnésio 575mg 8/8h
- Morfina 30mg 12/12h
- Metotrexato 15mg SC (fez 3 injeções) – iniciado a abril de 2023

Sem Alergias medicamentosas conhecidas

5

Caso Clínico – Evolução

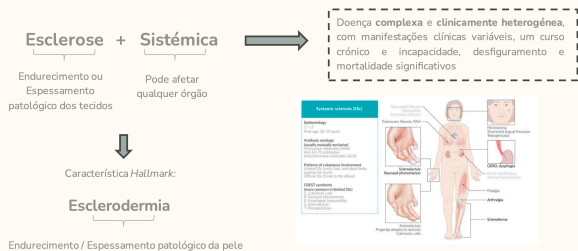
- Admitido no serviço Medicina 2.3 HSAC no dia 19/09/2023 por provável **infecção GI** em contexto de imunossupressão prévia com metotrexato.
- Iniciou AB empírica: ceftriaxone EV;
- Durante o internamento:
 - Manteve-se hemodinamicamente estável, eupneico em ar ambiente sem necessidade de oxigenoterapia e apirexia mantida. Clinicamente, verificou-se apenas um episódio de vômito alimentar após a ingestão do almoço. Não se verificaram dejeções diarreicas ou agravamento da dor abdominal. Relativamente às queixas álgicas, dados os efeitos adversos, foi realizado o desmame da terapêutica opioide, tendo descalado para morfina oral 20mg 12/12h, combinada com paracetamol e metamizol magnésico.
- Dada a melhoria clínica e analítica, a 29/09 o doente tem alta do internamento, mantendo seguimento na consulta externa

6

Caso Clínico – Esclerose Sistêmica

- Fevereiro 2023: Diagnosticada ES após quadro de cansaço e artralgia com 1 ano de evolução associado a:
 - Queixas articulares álgicas de intensidade crescente;
 - Espessamento cutâneo progressivo a nível do tórax, abdómen, antebraços, mãos e pernas, poupando a face;
 - Rigidez acentuada e presença de telangiectasias nas mãos;
 - Raynaud grave com úlceras digitais e nos pavilhões auriculares.
 - Perda ponderal de 15kg em 2 meses
 - Analiticamente:
 - Anticorpo Anti-topoisomerase I (Anti-Scl-70) +
 - Ecocardiograma TT (2021) – cardiopatia hipertensiva fase hipertrofica
 - Rx mãos – alterações degenerativas
 - Colonoscopia sem alterações

Esclerose Sistêmica



11

Caso Clínico – Esclerose Sistêmica

- Março de 2023: Microstomia e rodnan 27 → NTG + AAS + MTX 15 mg SC
- Junho de 2023: por agravamento do quadro é internado
 - Rodnan 27 → 31
 - Artralgias marcadas
 - Sem queixas GI, respiratórias ou cardíacas
 - TC-TAP: sem sinais de ES ativa
 - PFR: alterações restritivas, sem alteração da difusão quando corrigida
 - Ecocardiograma: derrame pericárdico circunferência 4 e 7 mm, PSAP 30
 - RM cardíaca: boa função sistólica biventricular. Ligeira inflamação miocárdica no septo anterior basal
 - EDA: Candidíase esofágica; gastroparesia erosiva.
 - Transito esofágico com diminuição marcada do peristaltismo esofágico, com estase e atraso no esvaziamento da coluna de contraste, dismotilidade orofaríngea grave pautada por aspiração classificada em B/8 na escala de Penetração-Aspiração
 - Manometria: EFL curto, de pressão normal. Peristalse ineficaz. Tracado compatível com diagnóstico de ES.

Esclerose Sistêmica

Epidemiologia:

- ♀ > ♂ (5:1)
- Maior incidência na idade reprodutiva
- Pico Incidência: 30-50 anos
- Maior incidência na raça negra
 - Início mais precoce
 - Maior probabilidade de desenvolver ES Difusa
 - Maior probabilidade de desenvolver Doença Intersticial pulmonar
 - Pior Prognóstico

12

01

Caso Clínico

3

Caso Clínico

- RF, Masculino, 51A – entrada a 19/09/23 no HSAC proveniente da consulta externa
- Quadro de vômitos + dejeções diarreicas + **agravamento significativo das queixas álgicas bilateral e simetricamente** (com predomínio nos joelhos, pés e mãos)
- Admissão:
 - GCS 15
 - Sem dor em repouso, **dor articular de todas as articulações à mobilização ativa**;
 - Refere insónia a varias semanas;
 - Nega náusea;
 - Eupneico em aa, sem sdr; TA 93/54, FC 108; Apirético;
 - Abdómen mole depressível e indolor sem massas palpáveis;
 - DU mantido sem LUTS, não quantificado;
 - MI sem edemas sem sinais de TVP; penso fac posterior perna direita;
 - Sem lesões cutâneas agudas aparentes, **espessamento cutâneo conforme descrito AP.**
- Analiticamente: Leucócitos 23k, PCR 144,1mg/L, Hiponatremia 129

4

Esclerose Sistémica

Fisiopatologia:

Não é completamente conhecida, mas diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de ES:

- Componente Autoimune
- Síntese de matriz extracelular mediada por inflamação: proliferação de fibroblastos e aumento da síntese de colagénio → **Fibrose**
- Vasculopatia não inflamatória

13

Esclerose Sistémica

2 Subtipos

- Extensão da Doença Cutânea
- Rapidez de Evolução
- Gravidade

14

Esclerose Sistémica

ES Difusa Cutânea

- Esclerodermia extensa da pele;
- Inicia nos dedos → Ascende de distal para proximal - Afeta: extremidades, tronco, membros e face
- Apresentação Aguda: 1-12M
- Precozmente:
 - Doença Intersticial Pulmonar
 - Envolvimento cardíaco
 - Crise renal esclerodérmica
- Fase Inicial – características edematosas e inflamatórias
- Fase Tardia – fibrose + atrofia e disfunção orgânica



ES Limitada Cutânea

- Esclerodermia restringe-se à extremidade distal dos membros e face; (distalmente aos cotovelos e joelhos)
- NÃO afeta o tronco
- Diagnóstico tardio, anos após a sintomatologia inicial;
- Envolvimento visceral é mais raro, incipiente e tardio



15

Esclerose Sistémica

ES Difusa Cutânea

- Esclerodermia extensa da pele;
- Inicia nos dedos → Ascende de distal para proximal - Afeta: extremidades, tronco, membros e face
- Apresentação Aguda: 1-12M
- Precozmente:
 - Doença Intersticial Pulmonar
 - Envolvimento cardíaco
 - Crise renal esclerodérmica
- Fase Inicial – características edematosas e inflamatórias
- Fase Tardia – fibrose + atrofia e disfunção orgânica



ES Limitada Cutânea

- Esclerodermia restringe-se à extremidade distal dos membros e face; (distalmente aos cotovelos e joelhos)
- NÃO afeta o tronco
- Diagnóstico tardio, anos após a sintomatologia inicial;
- Envolvimento visceral é mais raro, incipiente e tardio



16

Nota: AMBAS podem ter envolvimento visceral

Esclerose Sistémica

Outros tipos de ES:

Síndrome CREST

C – Calcinose
R – Fenómeno de Raynaud
E – Dismotilidade Esofágica
S – Esclerodactília
T – Telangiectasias

(Subtipo de ES Limitada)

ES sem Esclerodermia

Fenómeno de Raynaud + Características clínicas e laboratoriais de esclerose sistémica + SEM Esclerodermia

ES com Overlap

Coexistência de Esclerose sistémica + Doença Autoimune (Poliomiosite, Síndrome de Sjogren; Doença Hepática autoimune, LES)

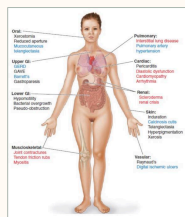
17

03

Manifestações Clínicas

18

Manifestações Clínicas



- Alterações vasculares - **Fenómeno de Raynaud**
- Alterações cutâneas
- Alterações pulmonares
- Envolvimento gastrointestinal
- Alterações renais
- Envolvimento cardíaco
- Alterações musculoesqueléticas

Doente típico

- Mulher
- Idade reprodutiva
- Afeta todas as raças

19

Manifestações ES Difusa vs ES Limitada

	E. S. Difusa	E. S. Limitada
Intervalo entre Raynaud e outras manifestações sistémicas	Curto (semanas a meses)	Longo (anos)
Sintomatologia	Fase inicial: (inflamatória e edematosa) Edema dos tecidos Puffy fingers Prurido intenso Fraqueza muscular e fadiga	CREST Hipertensão pulmonar Queratoconjuntivite sicca Poliartrite Vasculite cutânea Cirrose biliar
	Fase tardia: (fibrose e atrofia) Edema Pele endurecida Queda de cabelo Contraturas em flexão Rigidez articular	
Crise Renal Esclerodérmica e Doença intersticial Pulmonar	Sim (++ nos primeiros 4 anos)	Raro

20

Alterações vasculares – Fenómeno de Raynaud

O fenómeno de Raynaud é a complicação extracutânea mais frequente da ES!

Triggers:

FRIO
Stress emocional
Vibração

Vasoconstrição reversível dos dedos dos pés e mãos

Origina uma resposta vasospástica trifásica:

	Raynaud Secundário	Raynaud Primário
Doença subjacente	Sim	Não
Úlceras digitais isquémicas	Sim	Não
Capilaroscopia ungueal	Anormal	Normal



⇒ Vasoconstrição

⇒ Isquémia

⇒ Reperusão

Capilaroscopia ungueal é útil:

- Na diferenciação entre fenómeno de Raynaud primário e secundário;
- No diagnóstico de Esclerose Sistémica em fase precoce.

21

Alterações Cutâneas

Esclerodermia

Endurecimento e espessamento da pele

Hallmark da Esclerose Sistémica

Distingue a Esclerose Sistémica das restantes doenças do tecido conjuntivo!

Inicia-se nos dedos e avança proximalmente de modo ascendente

22

Alterações Cutâneas



23

Alterações Pulmonares

Responsáveis pela maioria dos casos de **morte** relacionada com a **Esclerose Sistêmica**

Doença Pulmonar Intersticial	Hipertensão Pulmonar
- Maior progressão ocorre nos primeiros anos; - Crepitações tipo "velcro" nas bases pulmonares; - Surge mais frequentemente na ES difusa.	- Resulta de remodelling das pequenas artérias; - Define-se por PAP ≥ 25 mmHg; - Surge mais frequentemente na ES limitada.
Sintomas tardios: - Dispneia de esforço - Fadiga - Menor tolerância ao exercício - Tosse crônica	Sintomas tardios: - Angina/síncope - Insuficiência pulmonar/tricúspide - ↑ PVJ - Edema

24

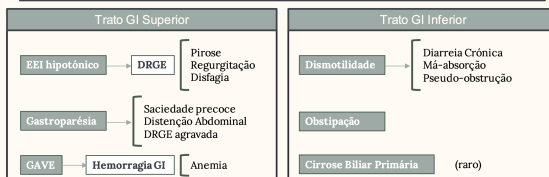
Alterações Pulmonares – MCDT's

MCDT's	Doença Pulmonar Intersticial	Hipertensão Pulmonar
Rastreio Inicial	Radiografia Tórax	Ecocardiograma com Doppler
Confirmação	TC de alta resolução	Cateterismo Cardíaco

25

Envolvimento Gastrointestinal

A **Esclerose Sistêmica** pode afetar o trato gastrointestinal em qualquer nível:



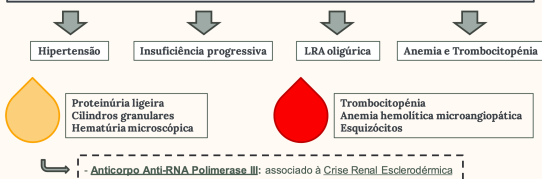
Manometria: mostra alterações até nos doentes sintomáticos;
Endoscopia: excluir infeções e monitorizar metaplasia de Barrett consequente da DRGE.

*GAVE – Gastric Atrial Vascular Ectasia

26

Alterações Renais

Crise Renal Esclerodérmica: Causa maior de mortalidade no passado.

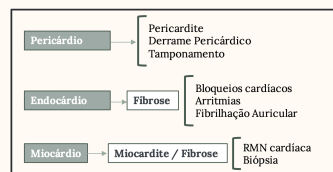


*LRA – Lesão Renal Aguda

27

Envolvimento Cardíaco

A **Esclerose Sistêmica** pode afetar o **endocárdio**, **pericárdio** e/ou **miocárdio**

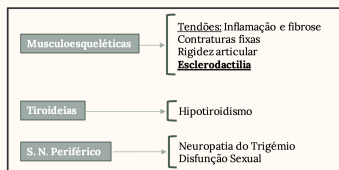


Insuficiência Cardíaca Multifatorial

28

Outras manifestações clínicas

Doentes com **Esclerose Sistêmica** têm risco aumentado de **neoplasias**!

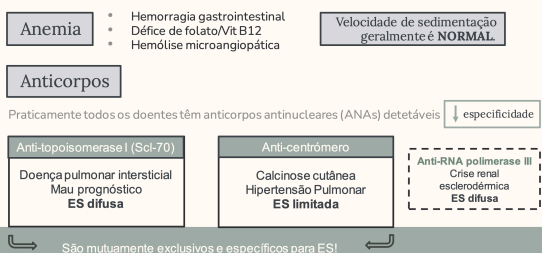


29

04 Avaliação laboratorial e biomarcadores

30

Avaliação laboratorial e biomarcadores



31

05 Diagnóstico

32

Diagnóstico

Table 18.25 S. 2017 ACR/EULAR criteria for the classification of systemic sclerosis

Criteria	Score	Comments
Swelling of the fingers of both hands extending proximal to the metacarpophalangeal joints	9	Sufficient criterion
Swelling of the fingers		
Puffy fingers ^a	2	If both are present, only the higher score counts
Sclerodactyly of the fingers ^a	4	
Fingerpitting ^a		
Digital tip ulcers	2	If both are present, only the higher score counts
Fingerpitting scars	3	
Wingspread ^a	2	
Abnormal nail-fold capillaries ^a	2	
Pathologic arterial hypertension ^a and/or interstitial lung disease ^a	2	
Raynaud phenomenon ^a	3	
ESR-related autoantibodies		
- Anticentromeres		
- Antitopoisomerase I (anti-Scl-70)	3	Maximum score: 3
- Anti-RNA polymerase III		

Diagnóstico quando ≥ 9 pontos

Total = 22 pontos

06 Tratamento

Tratamento

Dirigido à sintomatologia do doente

Cessação tabágica
Efeito vasocostritor da nicotina

DRGE	IBP
Fenômeno de Raynaud	Bloqueadores dos canais de cálcio
Crise renal esclerodérmica	Nitroglicerina transdérmica
Calcinose cutânea	Ácido acetilsalicílico
Disfunção erétil	Minociclina
	Inibidores da fosfodiesterase tipo V

Doentes com:

- Envolvimento cutâneo difuso
- Doença pulmonar intersticial
- Miocardite
- Miosite
- Artrite

Imunossupressão

- Metotrexato
- Micofenolato de mofetil
- Ciclofosfamida
- Imunoglobulina EV (IGM)
- Rituximab
- Tocilizumab

Corticosteroides aumentam risco de crise renal esclerodérmica.

Tratamento

Transplante de medula óssea

- Diminui a mortalidade
- Melhora a qualidade de vida
- Melhora o envolvimento cutâneo

- Mortalidade
- Risco Infecioso
- Compromisso Renal e Cardíaco

Focus Issue: The Changing Mortality And Morbidity Of Systemic Sclerosis: 1970-2016

Hematopoietic stem cell transplantation in systemic sclerosis: Yes! BUT...

Khitam A AlOthabi¹, John Varga² and Daniel E Furst^{1,3,4}

Abstract
Systemic sclerosis is a chronic multisystem, autoimmune disease with high mortality, and to date, has no effective approved therapy. For patients with the most severe forms of systemic sclerosis, autologous hematopoietic stem cell therapy has been proven to be effective, as demonstrated by three randomized controlled clinical trials and at least two registry studies. In the controlled studies, autologous hematopoietic stem cell therapy was shown to improve mortality, skin involvement, quality of life, and function compared with patients treated with intravenous cyclophosphamide. There is significant transplant-related mortality associated with autologous hematopoietic stem cell therapy, as well as infectious and noninfectious serious adverse events, including cardiac and renal compromise. Although the results of autologous hematopoietic stem cell therapy clinical trials to date are highly encouraging, a number of important unanswered questions remain. These include the following: What is the optimal transplant regimen; can the spectrum of systemic sclerosis patients who respond to autologous hematopoietic stem cell therapy be expanded; how can disease relapse following autologous hematopoietic stem cell therapy be predicted and managed; can treatment-related toxicity and mortality be mitigated; can response or toxicity be predicted; and finally, is there a place for allogeneic stem cell transplant in systemic sclerosis? Systemic sclerosis is an autoimmune disease with multiple immunological, vascular, and fibrotic abnormalities. Immunosuppressive therapy is frequently used, but to date its efficacy has been generally modest. Stem cell transplantation is the most potent immunosuppressive therapy currently available, and as discussed below, may have an important role in the management of systemic sclerosis.

AlOthabi, Khitam A., et al. "Hematopoietic stem cell transplantation in systemic sclerosis: Yes! BUT..." *Journal of Scleroderma and Related Disorders*, vol. 6, n.º 1, fevereiro de 2021, pp. 44-49. Publisher Central, <https://doi.org/10.1177/239779320971967>.

Bibliografia

- Alba MA, Velasco C, Simeón CP, et al. Early- versus Late-Onset Systemic Sclerosis. *Medicine*. 2014; 93(2): p.73-81. doi: 10.1097/md.0000000000000018
- AlOthabi, Khitam A., et al. "Hematopoietic stem cell transplantation in systemic sclerosis: Yes! BUT..." *Journal of Scleroderma and Related Disorders*, vol. 6, n.º 1, fevereiro de 2021, pp. 44-49. PubMed Central, <https://doi.org/10.1177/239779320971967>.
- Barnes J, Mayes MD. Epidemiology of systemic sclerosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2012; 24(2): p.165-170. doi: 10.1097/por.0b013e3282b34ff2a6
- Overview of the treatment and prognosis of systemic sclerosis (scleroderma) in adults (no date) UpToDate. Available at: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-and-prognosis-of-systemic-sclerosis-scleroderma-in-adults?search=systemic-sclerosis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display=rank=2
- Pattanaik A, Brown M, Postlethwaite BC, Postlethwaite AE. Pathogenesis of systemic sclerosis. *Front Immunol*. 2015; 6: p.272. doi: 10.3389/fimmu.2015.00272
- Varga J. (no date) Clinical manifestations and diagnosis of systemic sclerosis (scleroderma) in adults. UpToDate. Available at: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-systemic-sclerosis-scleroderma-in-adults?search=systemic-sclerosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display=rank=1
- Walker, Ulrich A., et al. "Haematopoietic Stem Cell Transplantation in Systemic Sclerosis." *RMD Open*, vol. 4, n.º 1, junho de 2018, p. e000533. *rmlopen.bmj.com*, <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2017-000533>

Anexo IV: Casuística relativa ao estágio parcelar de Cirurgia Geral.

Gráfico 6 – Procedimentos cirúrgicos observados e realizados (como ajudante) no Bloco operatório durante o estágio de Cirurgia Geral.

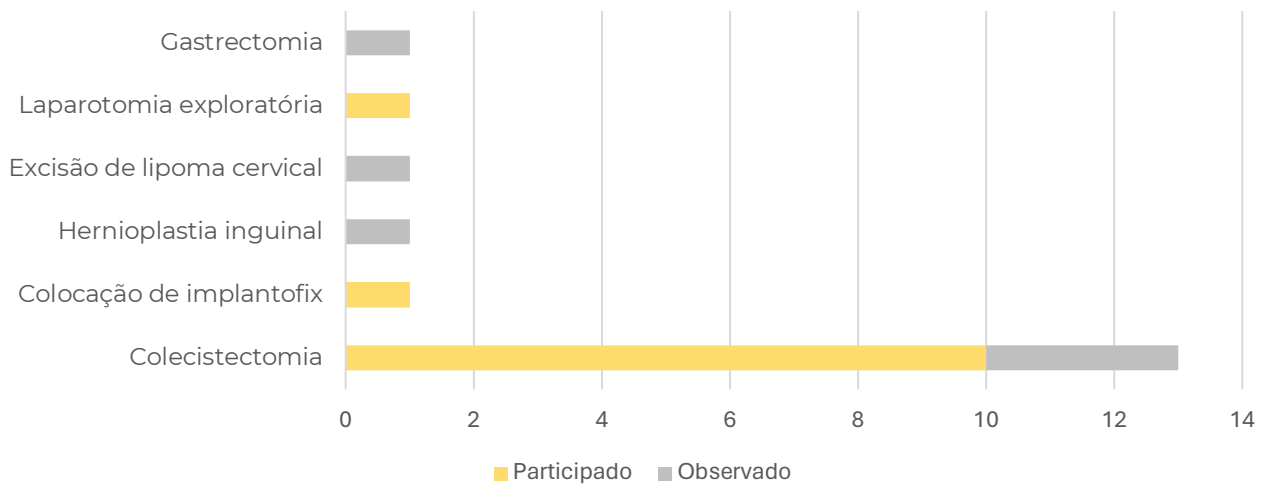


Gráfico 7 – Distribuição dos doentes observados em enfermaria por sistema e órgão afetado.

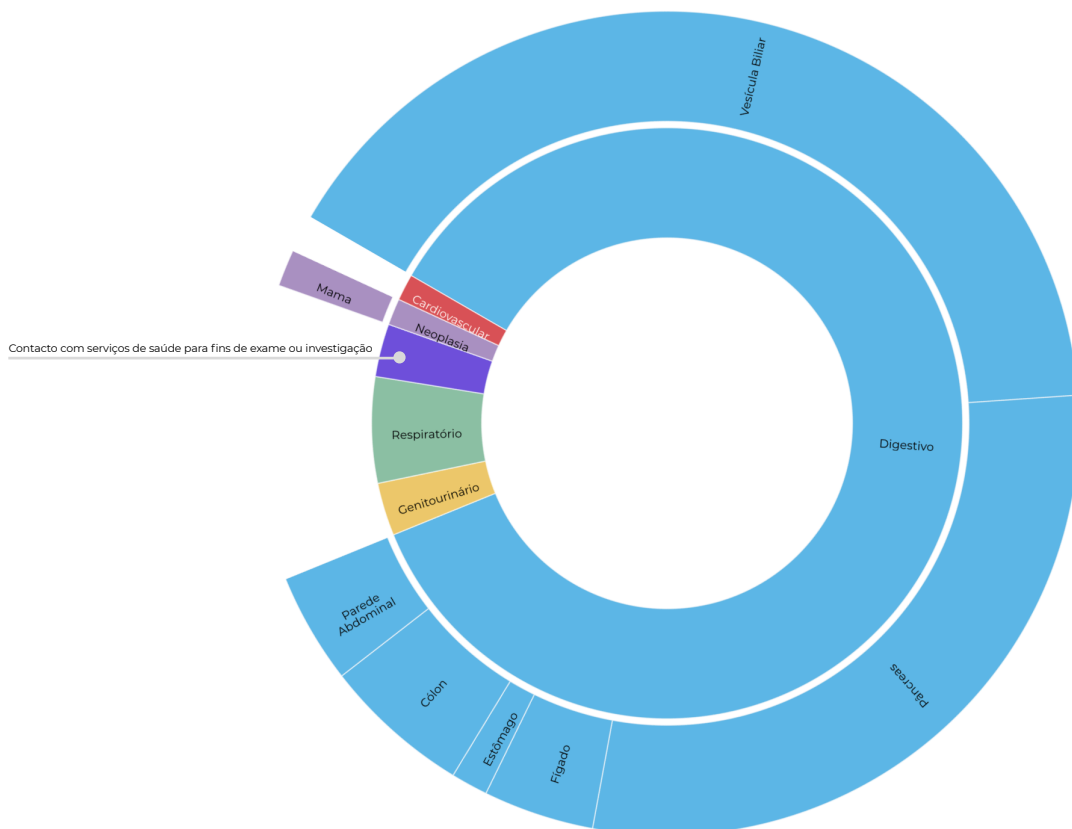


Gráfico 8 - Distribuição dos doentes observados em regime de serviço de urgência divididos por tipo de sistema afetado (ICD-11).

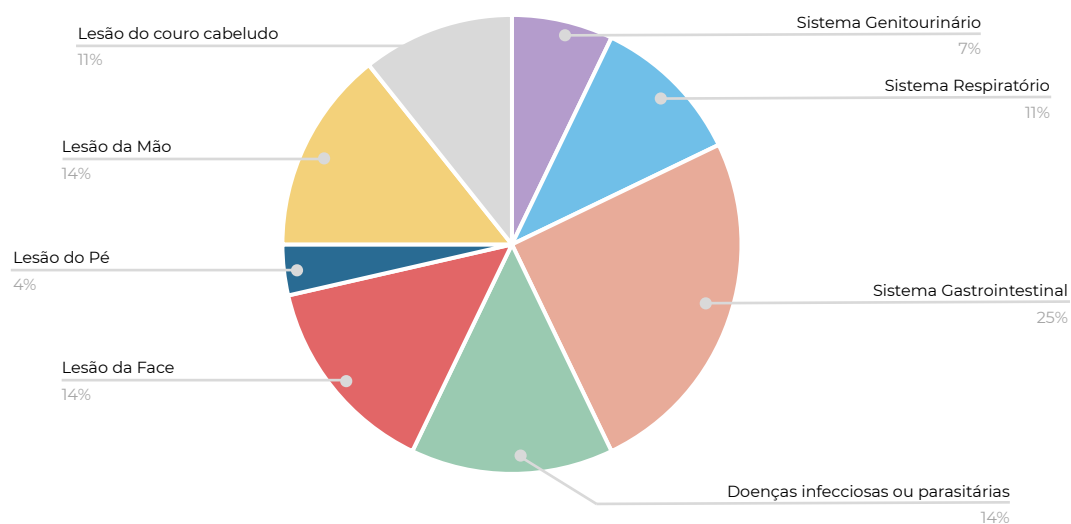


Gráfico 9 - Distribuição dos doentes observados em regime de consulta externa divididos por tipo de sistema afetado (ICD-11).

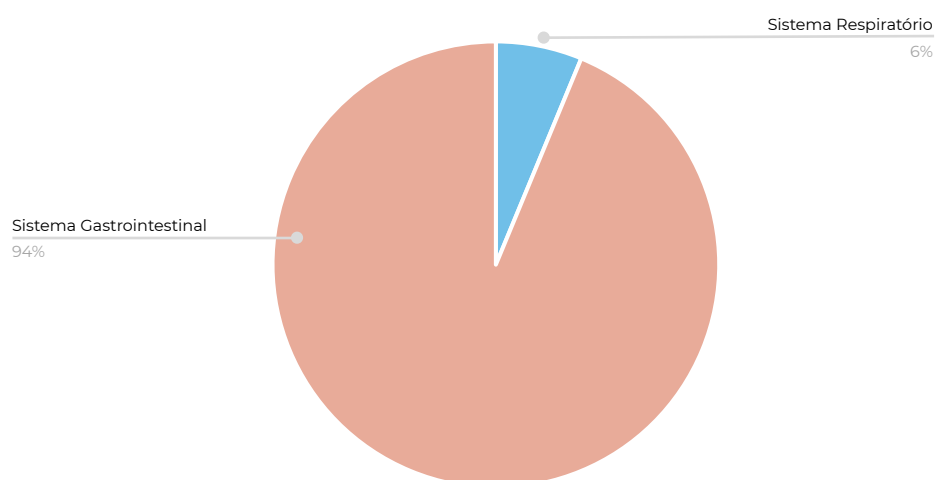


Imagem 2 – Slides relativos ao Journal Club “Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder”.

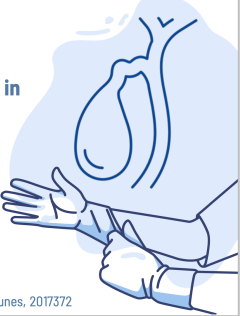
**Hospital Cascais**
Dr. José de Almeida

JOURNAL CLUB



Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder

2023/2024
Cirurgia Geral – Equipa de Hepatobiliopancreático
Orientadora: Dr^a Daniela Sá Leão
Diretora do Serviço: Dra. Alexandra Cabeleira



Joana Alves, 2018196 | Joana Azevedo, 2018308 | Pedro Afonso Nunes, 2017372

<https://doi.org/10.1016/j.hpb.2023.09.005>

HPB

REVIEW ARTICLE

Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder

Shahin Hajibandeh¹, Shahab Hajibandeh^{2,3}, Alessandro Parente⁴, Richard W. Laing⁵, David Bartlett⁶, Tejinderjit S. Athwal¹ & Robert P. Sutcliffe⁴

¹Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Royal Stoke University Hospital, University Hospitals of North Midlands NHS Trust, Stoke-on-Trent; ²Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, University Hospital of Wales, Cardiff, United Kingdom; ³Division of Hepatobiliary and Liver Transplantation, Department of Surgery, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, South Korea; and ⁴Hepatobiliary and Pancreatic Surgery Unit, Queen Elizabeth Hospital Birmingham, Birmingham, United Kingdom

Publicado a 7 de setembro de 2023 no jornal HPB – Fator de impacto: 2,9

ÍNDICE

01 OBJETIVO

02 INTRODUÇÃO

03 MÉTODOS

04 RESULTADOS

05 DISCUSSÃO

06 CONCLUSÃO

OBJETIVO E INTRODUÇÃO

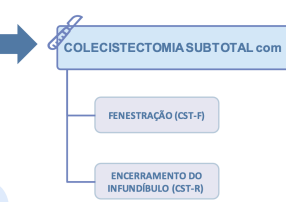
OBJETIVO: Avaliar resultados comparativos da colecistectomia subtotal (CST) com fenestração (CST-F) e com encerramento do infundíbulo (CST-R) em pacientes com “vesícula biliar difícil”.

Litíase biliar
15% da população desenvolve sintomas

TRATAMENTO GOLD STANDARD
Colecistectomia laparoscópica

Contudo,
Se “vesícula biliar difícil” → > dificuldade a estabelecer a visão crítica de segurança → > risco de lesão da via biliar principal (VBP)

INTRODUÇÃO



Lesão da VBP	↓
Duração do internamento	↑
Risco de infeção do local cirúrgico	↑
Fístula biliar	↑
Intervenções secundárias (CPRE ou drenagem percutânea)	↑
Eventual necessidade de colecistectomia complementar	

MÉTODOS

INCLUSÃO:

- Adultos submetidos a CST laparoscópica por colecistite aguda
- ≥ 10 doentes em cada grupo
- Estudos comparativos das 2 abordagens

EXCLUSÃO:

- Não comparam as 2 abordagens
- Investigam apenas 1 das abordagens

CST-F
definida como:

- Excisão parede posterior da vesícula biliar + bolsa de Hartmann aberta
- Parede posterior da vesícula biliar in situ + bolsa de Hartmann aberta
- Remoção fundo da vesícula biliar + remoção cálculos + vesícula biliar remanescente aberta

CST-R
definida como:

- Remoção parede posterior da vesícula biliar + remoção dos cálculos + bolsa de Hartmann fechada
- Parede posterior da vesícula biliar in situ + bolsa de Hartmann fechada

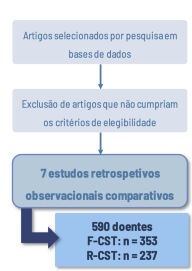
MÉTODOS

OUTCOMES
PRIMÁRIOS:

- Fístula biliar resolvida sem intervenção
- Fístula biliar resolvida com CPRE com/sem prótese

SECUNDÁRIOS:

- CPRE pós-op por qualquer indicação
- Re-intervenção por complicações pós-op
- Infeção da ferida cirúrgica
- Colecistite do remanescente
- Colecistectomia complementar



RESULTADOS

Mediana de idades
65 (57-71) anos

Género
54.6% masculino
45.4% feminino
322 sexo masculino
268 sexo feminino

Colangiografia intra-op
26 doentes – 4.4%

Drenagem abdominal

	CST-F	CST-R
	86.6%	75%

RESULTADOS

Indicações para CST	%
Colecistite aguda	47.8% (n=282)
Colecistite crónica	15.4% (n=91)
Litíase biliar sintomática	8.8% (n=52)
Colecistite crónica agudizada	7.6% (n=45)

Colecistite perforada	3.7% (n=22)	Colecistite com abscesso hepático	0.8% (n=5)
Coleodocolitíase	2.5% (n=15)	Pancreatite por litíase biliar	0.7% (n=4)
Colecistite gangrenada	1.3% (n=8)	Emplama da vesícula biliar	0.3% (n=2)
Colecistite enfisematosa	0.2% (n=1)	Colecistite xantogramulomatosa	0.5% (n=3)

RESULTADOS | OUTCOMES

Fístula biliar

	CST-F	CST-R
	14.1%	7.9%

(p = 0.007)

Resolução espontânea

	CST-F	CST-R
	18%	20%

(p = 0.86)

Resolução por CPRE

	CST-F	CST-R
	74.4%	66.7%

(p = 0.40)

RESULTADOS | OUTCOMES

Lesão do VBP	
CST-F	0
CST-R	3.3%
(p = 0.16)	

Infecção de ferida cirúrgica	
CST-F	5.7%
CST-R	4.0%
(p = 0.27)	

CPRE pós-op	
CST-F	13.5%
CST-R	13.2%
(p = 0.49)	

Re-intervenção	
CST-F	1.3%
CST-R	2.1%
(p = 0.95)	

Colecistite remanescente	
CST-F	3.1%
CST-R	11.6%
(p = 0.09)	

Colecistectomia complementar	
CST-F	3.1%
CST-R	2.6%
(p = 0.59)	

DISCUSSÃO

Fístula Biliar

- Taxa **significativamente maior** na CST-F vs CST-R.
- Taxas **semelhantes de resolução da FB** com ou sem intervenção subsequente (CPRE).

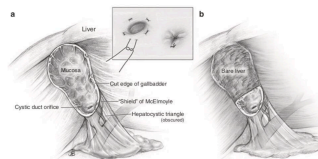


Fig. 10.5 Subtotal fenestrating cholecystectomy. The anterior peritonealized portion of the gallbladder is omitted. The cystic duct is closed from the inside of the gallbladder lumen with a purse-string suture (inset). The posterior wall with mucosa (a) may be left intact but should be absent. Further gallbladder wall excision may occur leaving only the lower portion of the gallbladder wall remaining (b). (From Strasberg et al. [25])

DISCUSSÃO

Resolução de Fístula biliar por CPRE

CST-F	CST-R
74.4%	66.7%

9% estatisticamente pouco significativa **mas clinicamente relevante.**

Re-intervenção	
CST-F	1.3%
CST-R	2.1%
(p = 0.95)	

Deve-se a complicações não biliares ou para controlar a FB:

- Controlo de FB para o Ducto de Luschka
- Hemorragia pós-operatória
- Peritonite biliar

Não havendo diferenças significativas entre as abordagens.

DISCUSSÃO

Colecistite remanescente	
CST-F	3.1%
CST-R	11.6%
(p = 0.09)	

Potencial preocupação na técnica de reconstrução, levando à realização de colecistectomia total.

8.5% estatisticamente pouco significativa **mas clinicamente relevante**

Lesão da VBP	
CST-F	0
CST-R	3.3%
(p = 0.16)	

Incidência estatisticamente comparável nas duas abordagens, mas importa destacar que na técnica CST-F não houve nenhum evento de lesão da VBP.

LIMITAÇÕES

- Poucos ensaios clínicos randomizados
 - Considerando a incidência de CTS
 - Decisão intra-operatória de CTS ser *case-by-case dependent*
- Tamanho da amostra é pequeno.
- Viés associado a estudos observacionais retrospectivos
- Estudos relataram os outcomes de diversas patologias relacionadas com a presença de cálculos biliares.
- Falta de dados em 2 estudos poderá constituir um viés nesses estudos e por conseguinte, nesta meta-análise.

CONCLUSÃO

Colecistectomia subtotal com fenestração vs com reconstrução.

- Embora esteja associada a maior risco de FB, este pode ser atenuado pelo uso de drenos, remoção tardia dos mesmos e, em último caso, uso CPRE.
- Menor risco de desenvolvimento de colecistite remanescente, que pode exigir a realização de colecistectomia completa.
- Melhores resultados a curto e longo prazo.

JOURNAL CLUB

Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder

QUESTÕES?

Joana Alves, 2018196 | Joana Azevedo, 2018308 | Pedro Afonso Nunes, 2017372

Imagem 3 – Slides relativos ao trabalho “Neoplasia do Pâncreas”

NOVA MEDICAL SCHOOL Hospital Cascais Dr. José de Almeida

Neoplasia da cabeça do pâncreas

2023/2024
Cirurgia Geral – Equipa de Hepatobiliopancreático
Orientadora: Drª Daniela Sá Leão
Diretora do Serviço: Drª Alexandra Cabeleira



Joana Alves, 2018196 | Joana Azevedo, 2018308 | Pedro Afonso Nunes, 2017372

01

Caso clínico

Informação Clínica

Idade	83 anos	Sexo	Feminino	Autónoma nas AVD, vive com o filho, viúva, reformada
AP	Obesidade; HTA; DLP; Sínd depressivo; osteoartrite; gastrite crónica, hérnia do hiato; pancreatites biliares de repetição			
AC	Colecistectomia por via subcostal (2013); Laparotomia infra-umbilical por peritonite pélvica			
MH	AAS, Lercanidipina, Pantoprazol, Simvastatina, Losartan-Hidroclorotiazida, Escitalopram, Pregabalina			

**Alergia à estreptomicina.
Nega história familiar relevante
Nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas**

Informação Clínica

HDA

Recorre ao SU por quadro de dor abdominal nos quadrantes inferiores com 2 semanas de evolução que alivia com as dejeções. Refere diarreia associada que resolveu com UL-250, mas manteve dor que veio a agravar. Refere também fezes claras. Refere ainda vômitos alimentares ocasionais. Destaca-se também enfartamento e sensação de saciedade precoce com 1 ano de evolução, que relaciona com perda de 8 kg. Nega história de perda de sangue ou de muco nas fezes.

Informação Clínica

EO

Observada deitada no leito. Apetativa. Mucosas coradas e hidratadas. Discretamente ictericas. Abdómen globoso com presença de hérnia subcostal direita e cicatriz de laparotomia mediana infraumbilical. Dor generalizada à palpação de todo o abdómen. Mole e depressível em todos os quadrantes. Sem outros pontos herniários. Sem defesa ou reação peritonal.

Informação Clínica

MCDTs

Análises (31/10): Hb 12,7, leuc 6,29, creat 0,79, Bil total 2,64, Bil conj 1,67, AST 517, ALT 617, Lipase 14, PCR 0,64.

Ecografia Abdominal (31/10): Dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas por obstrução do cóledoco distal aparentemente por lesão ocupando espaço na cabeça pancreática, medindo 33 x 32 mm, a que se associa dilatação do ducto de Wirsung corpocaudal com atrofia parenquimatosa, achados a merecerem posterior caracterização histopatológica (forte suspeita de lesão atípica). Não há líquido intraperitoneal livre. Não existem outras alterações com tradução ecográfica.

Hipótese de diagnóstico principal

Neoplasia da cabeça do pâncreas

02

Neoplasia da cabeça do pâncreas

Epidemiologia

7ª causa de morte oncológica no mundo
Pico: ♂ [65-69a] | ♀ [75-79a]

Na Europa:
4ª neoplasia mais mortal

Tendência para ↑ incidência | Taxa de mortalidade estável

Mau prognóstico (sobrevivência mediana a 5 anos ~5%)

Maioria doença metastática/localmente avançada aquando do diagnóstico → Apenas 10-20% dos doentes resseção cirúrgica possível

Fatores de risco

Neoplasia pancreática esporádica (>80%)	Neoplasia pancreática familiar (4-10%) (2 familiares 1º grau com neo pâncreas)
- Tabaco - Obesidade - DM 2 - Infecção H. Pylori - Hábitos alimentares (excesso de carnes vermelhas, álcool, consumo diminuído de fruta e vegetais) - Pancreatite crónica	- Neoplasia da mama e do ovário hereditária (BRCA1, BRCA2); - Neoplasia da mama familiar (ATM); - Síndrome de FAMMM (CDKN2A); - Síndrome de Lynch (PALB2); - Pancreatite hereditária (PRSS1, SPINK1); - Síndrome de Peutz-Jeghers (SPINK1); - Síndrome de Li-Fraumeni (TP53); - Polipose adenomatosa familiar (APC, MUTYH).

- Icterícia
- Dor abdominal em cinturão
- Prurido
- Esteatorreia
- Náuseas e vômitos
- Diabetes de novo ou agravamento
- Perda de peso
- Cansaço
- Anorexia

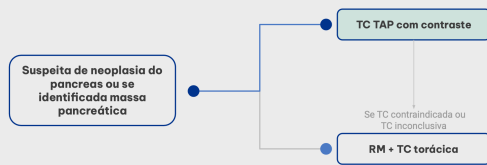
- Acolia
- Urina cor de vinho do porto
- Sinal de Courvoisier

Cabeça	Corpo	Cauda
-75%	17-26%	

5-8% em múltiplas localizações pancreáticas

5-8% em múltiplas localizações pancreáticas

- **Análises laboratoriais:** AST, ALT, FA, bilirrubina, lipase, CA 19.9, CEA
- **Ecografia abdominal** - exame inicial recomendado, principalmente em pacientes com icterícia



Análises (3/11): Hb 12,8, leuc 3.750 com neutrófilos 1.760 (47%), plaquetas 206.000, Cr 0,63, ureia 12, BT 4,87, BC 3,76, FA 299, GGT 517, AST 254, ALT 365, ionograma N, PCR 0,48 ; CA 19,9 485

TC TAP VEZ (3/11): (..) Fígado de morfologia e dimensões normais, com contornos regulares. Não se observam dilatações das poredurequimias focais. Há moderada dilatação dos vasos biliares intra e extra-hepáticos, medindo a colédofo 16 mm de diâmetro, condicionada por massa heterogênea que se localiza na cabeça pancreática e que mede 33 x 30 mm. A referida massa condiciona também dilatação do canal Wirsung, que apresenta um calibre de 4,5 mm e atrofia da cauda e corpo pancreáticas. Não apresenta plano de clivagem com os vasos mesentéricos e envolve o confluente esplenoportal. A veia porta apresenta-se permeável e com calibre preservado. (..)

Neoplasia do pâncreas sem Mx secundária, mas com critério de irresecabilidade por envolvimento dos vasos mesentéricos e confluyente esplenomesaraico

Reunião multidisciplinar

Ecoendoscopia (EUS)	↑ sensibilidade para lesões <3cm; estadiamento local; biópsia (punção por agulha fina)
Biópsia	Dd com pancreatite crônica ou diagnóstico histológico, como pacientes a iniciar QT; Não obrigatória em doentes com tumores resecáveis → Biópsia com agulha fina guiada por EUS = método de eleição
PET-CT	Considerar em doentes propostos para terapêutica curativa (cirurgia ou RT)
Laparoscopia exploratória	Apenas em casos selecionados
CPRE	Identificar/caracterizar estenose ou obstrução da VBP ou Wirsung; Drenagem de obstrução biliar; Colocação de prótese

```

graph TD
    Start([Suspected PC or asymptomatic mass identified]) --> Q1{Family history and/or  
TAP and/or CT}
    Q1 -- No --> Q2{Do contrast-enhanced  
CT be carried out?}
    Q1 -- Yes --> Q3{Genetics counselling  
[36, 4]}
    Q2 -- No --> Q3
    Q2 -- Yes --> Q4{CT (multiphase contrast-enhanced  
includes late arterial phase and  
portal venous phase) [36, 4]}
    Q3 --> Q5{MRI [36, 2]}
    Q4 --> Q5
    Q5 --> Q6{Cystic lesions identified or  
CT is isoenhancing}
    Q5 --> Q7{Chest CT [36, 4]}
    Q6 --> Q8{No cystic lesions and  
CT hypointense}
    Q6 --> Q9{Locally advanced disease}
    Q8 --> Q10{Incidental finding or  
differential diagnosis}
    Q8 --> Q11{No metastatic and  
benign or resectable or  
benign resectable}
    Q10 --> Q12{Biopsy to be discussed}
    Q11 --> Q13{Head MRI [36, 3]  
or PET-CT [36, 3]}
    Q13 -- Confirmation of resectability --> Q14{Stereotactic  
resectable disease}
    Q14 --> Q15{Treatment of local and  
systemic PC disease [36, 3]}
    Q14 --> Q16{Biopsy by EUS [36, 4]}
    Q16 --> Q17{Biopsy of metastatic or primary tumour  
No other investigations}
    Q17 --> Q18{Treatment of  
advanced PC disease [36, 3]}
    
```

The flowchart outlines the management of a patient with a suspected primary (PC) or asymptomatic mass identified. It begins with a decision point: "Family history and/or TAP and/or CT". If "No", it leads to "Do contrast-enhanced CT be carried out?". If "Yes", it leads to "Genetics counselling [36, 4]". If "No" to the CT question, it also leads to "Genetics counselling [36, 4]". If "Yes" to the CT question, it leads to "CT (multiphase contrast-enhanced includes late arterial phase and portal venous phase) [36, 4]". Both paths lead to "MRI [36, 2]". From "MRI [36, 2]", it branches into "Cystic lesions identified or CT is isoenhancing" and "Chest CT [36, 4]". "Cystic lesions identified or CT is isoenhancing" leads to "No cystic lesions and CT hypointense" or "Locally advanced disease". "No cystic lesions and CT hypointense" leads to "Incidental finding or differential diagnosis" or "No metastatic and benign or resectable or benign resectable". "Incidental finding or differential diagnosis" leads to "Biopsy to be discussed". "No metastatic and benign or resectable or benign resectable" leads to "Head MRI [36, 3] or PET-CT [36, 3]". "Head MRI [36, 3] or PET-CT [36, 3]" leads to "Confirmation of resectability" or "Stereotactic resectable disease". "Confirmation of resectability" leads to "Biopsy by EUS [36, 4]". "Stereotactic resectable disease" leads to "Treatment of local and systemic PC disease [36, 3]". "Biopsy by EUS [36, 4]" leads to "Biopsy of metastatic or primary tumour No other investigations". "Biopsy of metastatic or primary tumour No other investigations" leads to "Treatment of advanced PC disease [36, 3]".

CPRE (07/11): D2 sem lesões. Papila longa, flácida. Canulação difícil e só conseguida após pré-corte - fistulotomia. Colangio: estenose cerrada do segmento distal da via biliar com 15 mm de extensão, condicionando marcada dilatação a montante do colédoco. ETE 12 mm sem intercorrências. Coloca-se prótese biliar metálica 10 mm x 4 cm não coberta. Bga drenagem do contraste e de bilis de estase após colocação de prótese.

EcoEDA (07/11): Pâncreas: Avaliação da causa do processo uncinado. **Atrófia da cauda e corpo** **concordante** com dilatação moderada do Wirsung. Na cabeça do pâncreas, massa **elástica** de 3,3 x 3,3 cm, envolvendo circunferencialmente o confluente espleno-pâncreo, **via porta** com contacto com a **artéria hepática**. **Biópsia com agulha** **EUS-FNB 22G** **Acquire** (2 passagens), com obtenção de material enviado para exame citológico. **Figado:** Sem lesões hepáticas por este método. Dilatação das vias biliares intrahepáticas. VB não visualizado (colecistectomia); **via biliar principal dilatada**, sem litose, com stop no nível da massa do pâncreas.

Conclusão: Neoplasia da cabeça do pâncreas **uT3 uN0 uM0** por esta técnica, **ressecabilidade borderline/localmente avançada**

Conclusão: Neoplasia da cabeça do pâncreas
ressecabilidade borderline/localmente avançada

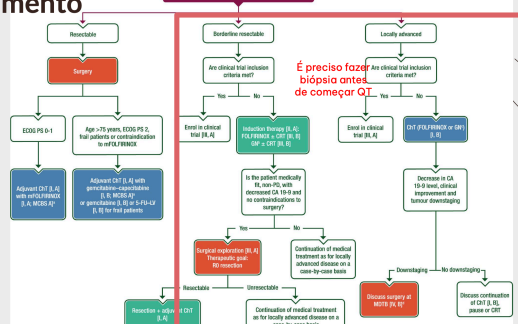
Category	7 th edition	8 th edition
T1	Tumor limited to the pueraria, ≤ 2 cm in greatest dimension	Tumor ≤ 2 cm in greatest dimension
T1a	-	Tumor ≤ 0.5 cm in greatest dimension
T1b	-	Tumor >0.5 cm and <1 in greatest dimension
T1c	-	Tumor $1-2$ cm in greatest dimension
T2	Tumor limited to the pueraria Tumor >2 cm in greatest dimension	Tumor ≤ 2 and ≥ 4 cm in greatest dimension
T3	Tumor extends beyond the pueraria but does not involve CA or SMA	Tumor >4 cm in greatest dimension
T4	Tumor involves CA or SMA (unresectable primary tumor)	Tumor involves CA, SMA, and/or CIA, regardless of size
N1	Regional lymph node metastasis	Metastasis in 1-3 regional lymph nodes
N2	-	Metastasis in ≥ 4 regional lymph nodes

CA, denotes celiac axis

SMA, denotes superior mesenteric artery

CHA, denotes common hepatic artery

Local and isogravial PC



- Recessão total: sobrevida 18 meses (5 anos - 20%)
- Não ressecáveis: 5 anos - 10% (metástases - 3%)

- Exercício
- Profilaxia Tromboembolismo
- Obstrução biliar/duodenal → Stent

Bibliografia

- Conroy, T., Pfeiffer, P., Vilgrain, V., Lamarca, A., Seufferlein, T., O'Reilly, E. M., Hackert, T., Golan, T., Prager, G., Haustermans, K., Vogel, A., Ducreux, M., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2023). Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 34(11), 967–1002. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.08.009>
- Partyka O, Pajewska M, Kwaśniewska D, Czerw A, Deptała A, Budzik M, Cipora E, Gąska J, Gazdowicz L, Mielnik A, Sygit K, Sygit M, Krzyż-Falga E, Schneider-Matyka D, Grochans S, Cybulska AM, Drobnik J, Bandurska E, Ciećko W, Ratajczak P, Kamecka K, Marczak M, Kozłowski R. Overview of Pancreatic Cancer Epidemiology in Europe and Recommendations for Screening in High-Risk Populations. *Cancers (Basel)*. 2023 Jul 15;15(14):3634. doi: 10.3390/cancers15143634. PMID: 37509296; PMCID: PMC10377815.

NOVA MEDICAL SCHOOL

Obrigado pela vossa atenção!

QUESTÕES?



Joana Alves, 2018196 | Joana Azevedo, 2018308 | Pedro Afonso Nunes, 2017372

Hospital Cascais
Dr. José de Almeida

Anexo V: Casuística relativa ao estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar.

Tabela 5 – Principais diagnósticos observados durante o estágio de MGF.

Problemas	N.º consultas
Principais problemas nas consultas observadas	
1. K86 Hipertensão arterial sem complicações	34
2. T93 Alteração dos lípidos	21
3. R74 Infecção respiratória aguda	19
4. B80 Anemia por deficiência de ferro	17
5. T83 Excesso de Peso	14
6. L03 Sintoma/queixa da região lombar	8
7. P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	3
8. D73 Gastroenterite, presumível infecção	2
9. L15 Sintoma, queixa do joelho	2
10. T90 – Diabetes não-insulinodependente	2
Principais problemas nas consultas realizadas em autonomia parcial	
1. K86 Hipertensão arterial sem complicações	9
2. R74 Infecção respiratória aguda	4
3. L15 Sintoma queixa do joelho	3
4. K95 Veias varicosas na perna	2
5. T93 Alteração dos lípidos	1

Imagem 4 – Slides relativos ao Caso Clínico de MGF.



01

Contextualização do doente



Contextualização do doente

J.A., Masculino, 87 A

- Melanodérmico;
- Natural de Viseu. **Reside** há 50 anos em **São João do Estoril**, concelho de Cascais, distrito de Lisboa;
- **Reformado** (desde 2002), tendo trabalhado como diretor de empresas automóveis;
- Licenciado em Filologia Germânica pela Universidade de Coimbra;

Contextualização do doente

Contexto Social

- **Reside sozinho** numa casa com condições sanitárias adequadas e em bom estado de conservação.
- Tem **total acesso aos bens essenciais**: saúde, transportes e alimentação.
- É **autónomo nas AVD's**. Realiza diariamente tarefas domésticas.
- Refere ainda **boa rede de suporte**, tendo apoio da única filha nas AVD's e passa os dias em convívio com as três irmãs.

Contextualização do doente

Doenças da Infância	Crescimento e desenvolvimento psicomotor normais. Refere ter tido varicela.
Alergias e intolerâncias	Desconhece intolerâncias alimentares e alergias a fármacos;
Hábitos	Hábitos tabágicos passados, 70 UMA, cessados há 40 anos. História de abuso crónico de álcool, cessado há 27 anos. Nega hábitos toxicofílicos.
Imunizações	PNV atualizado, apresentando esquema vacinal completo para COVID-19 e reforço da vacina da gripe anual.
Medicação Crónica	Perindopril + Amlodipina (4mg + 5mg) Ácido Acetilsalicílico 100mg Simvastatina 20mg Tamsulosina 0.4mg Latanoprost 0.05mg

Contextualização do doente

Problemas de Saúde prévios

Desde 1997	Hipertensão arterial sem complicações (K86)
Desde 2005	Dislipidemia (T93)
2006	Hemiorrafia inguinal (H. Santa Cruz)
2009	2 episódios de cólica renal, tendo realizado litotricia
Desde 2017	Degenerescência Macular (F84), (injeção intravítrea anti-VEGF há 5 anos)

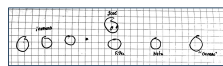
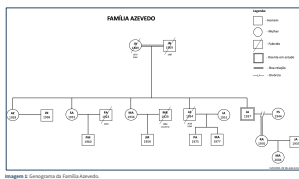
Contextualização do doente

Antecedentes Familiares

- **Mãe**: faleceu aos 84 anos no seguimento de um EAM.
- **Pai**: faleceu aos 78 anos por motivos desconhecidos;
- Dos 4 irmãos, de salientar que o irmão mais velho faleceu aos 84 anos por um EAM.
Refere ainda que duas das três irmãs apresentam Hipertensão arterial.

Contextualização do doente

Caracterização e Genograma familiar



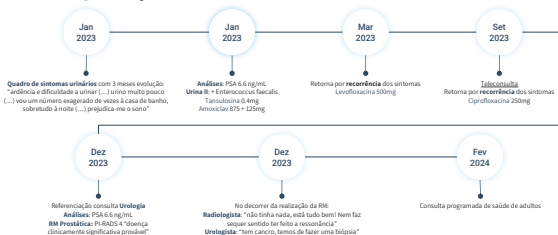
- **Apgar familiar**: 9/10 (família altamente funcional)
- **Ciclo de vida familiar de Duvall**: estadio 8 (família idosa);



02

Consulta

Preparação da Consulta



Consulta

S - Subjetivo

- "Venho-lhe mostrar os exames que o urologista me mandou fazer".
- "Quería esclarecer o que tenho e ver o que o doutor acha que devo fazer porque confio mais em si que no urologista".
- "Recebi informações contraditórias e agora não sei o que fazer".

Consulta

0 - Objetivo

- Peso: 60 Kg; Altura: 1.59 m; IMC: 23.7 kg/m²; PA 121/90 mmHg; FC= 83
- Auscultação cardíaca: S1 e S2 audíveis, rítmicos e regulares, sem sopros ou extrassons.
- Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido e simétrico bilateralmente. Sem ruídos adventícios.
- Resultado da RM Prostática: PI-RADS 4 ("doença clinicamente significativa provável").

Consulta

A - Avaliação

Problemas Ativos:

- A91 – INVESTIGAÇÃO DE RESULTADOS ANORMAIS;
- Y73 – PROSTATITE – crónica recorrente;
- K86 – HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES;
- T93 – ALTERAÇÃO DOS LÍPIDOS;
- F84 – DEGENERESCÊNCIA MACULAR.

Consulta

P - Plano

Curto prazo:

- Aguardar a realização e resultado da biópsia prostática, bem como a opinião do médico urologista sobre o seguimento;
- Remarcar consulta de MGF para discussão dos resultados e reavaliação das expectativas do doente;
- Ressaltar que a consulta de MGF estará sempre disponível para fornecer apoio durante todo o processo.

Longo Prazo:

- Realçar a importância da adesão aos programas de vacinação.

03

Reflexões sobre o caso clínico



Reflexões sobre o caso clínico

Hiperplasia Benigna da Próstata

VS

Prostatite Crónica

VS

Neoplasia da Próstata

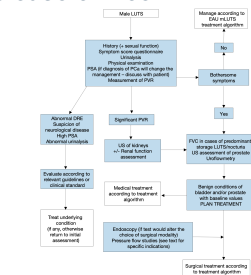


Imagem 3: Diagrama de Abordagem de LUTS em homens com >40 anos.
Entrada de: <https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neuro>

Reflexões sobre o caso clínico

Prevenção Quaternária

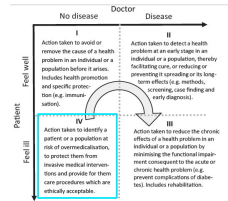


Imagem 4 Níveis de Prevenção em cuidados de saúde

Refrida de Jansoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalisation. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Feb; 4(2): 41-44. [doi: 10.15171/ijhpm.2015.2]

04

Bibliografia

8. Bragança, M. and Ventura, T. (2018) "Instrumentos de Abordagem Familiar: Genograma, Circular Familiar e APGAR Familiar" (Adapted from a Family and Medicine Genesi e Familiar - Conceitos e Práticas, by Luis Rebelo). Available on Moodle.
9. Bragança, M. and Ventura, T. (2018) "Tipologias Familiares: Caracterização e Singularidades dos seus Ciclos Vitais" [Preprint]. Available on Moodle.
10. Meyler, A. and Fekete, T. (2023) "Chronic bacterial prostatitis". UpToDate. (Accessed: February 2024).
11. McKvay, C. (2023) "Clinical Manifestations and Diagnostic Evaluation of Benign Prostatic Hyperplasia." UpToDate. (Accessed: February 2024);
12. Norma DGS 060/2011 - Prescrição e Determinação do Antígeno Específico da Próstata - PSA
13. Freedland, S. (2024) "Measurement of prostate-specific antigen (PSA)." UpToDate. (Accessed: February 2024);
14. Taglini, M. (2023a) "Clinical Presentation and Diagnosis of Prostate Cancer." UpToDate. (Accessed: February 2024).
15. Taglini, C., Camoli, P., Leupman, M. (2022) "The Role of Magnetic Resonance Imaging in Prostate." UpToDate. (Accessed: February 2024).
- 16.EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress 2013. ISBN 978-94-906761-19-6.

Obrigado!

CREDITS: This presentation template was created by [Slidesgo](#), including icons by [Flaticon](#) and infographics & images by [Freepik](#)

Anexo VI: Casuística relativa ao estágio parcelar de Pediatria.**Tabela 6** – Doentes observados na UCERN e respetivos diagnósticos / motivos de internamento.

Sexo	Idade Cronológica	Idade Corrigida	Diagnóstico Principal / Motivo de Internamento
M	6M + 15D	3M + 26D	Agravamento de quadro respiratório com cianose/hipoxémia - Paineis de vírus positivo para Bocavírus; Atrésia esofágica com fístula distal;
F	6M + 19D	3M + 31D	Síndrome Intestino Curto;
F	4A	-	Síndrome do intestino curto em contexto gastrosquise, Desidratação bionatrémica no contexto de gastroenterite aguda.
M	11A	-	Ingestão cáustica acidental com laringite, esofagite erosiva grave com fístula traqueoesofágica; Estenose traqueal tardia; Microstomia importante como sequela da lesão por cáustico; Desnutrição grave em resolução.
F	2A	-	Insuficiência intestinal (remanescente 35cm intestino delgado + cólon, sem válvula íleo-cecal); Má progressão estado-ponderal;
M	4M	-	Doença de Hirschsprung com afecção longa
M	8M + 22D	7M + 8D	Castroquise complexa (Lefort and Borde tipo II); Hérnia inguinal esquerda; Baixo peso ao nascimento (2100 g)
F	4M	-	Espondilodiscite e Abscesso pré-vertebral por MSSA com compressão medular e da via aérea; Luxação de C5 para diante e destruição subtotal dos corpos vertebrais de C4-C6; Obstrução extrínseca da via aérea; Desnutrição

Tabela 7 – Doentes observados em contexto de serviço de urgência.

Sexo	Idade	Motivo de ida ao Serviço Urgência
M	3 A	Infeção respiratória viral
M	4 A	Tumor amígdala
M	15 A	Infeção respiratória viral
F	4 A	Agudização infeção respiratória (Síndrome Down, Fibrose Quística)
F	3 A	Infeção respiratória viral
F	6 A	Fratura dente incisivo após queda
M	1 A	Otite média aguda
M	13 A	Artralgias

M	3A	Quadro de cefaleias associadas a vômitos
F	11A	Exacerbação de asma
M	8A	Infeção respiratória viral
F	9A	Insuficiências respiratória aguda
F	4A	Vômitos
F	16A	Heteroagressividade com os pais
M	11A	Icterícia ocular associada a febre
M	17A	Taquicardia de reentrada nodal atrioventricular (TRNAV)

Imagem 5 – Slides relativos ao trabalho “Doença de Hirschprung : Megacólon agangliónico congénito”.



Doença de Hirschprung
Megacólon Agangliónico Congénito

Hospital Dona Estefânia | Serviço UCERN

Estágio Profissionalizante de Pediatria
Regente da Unidade Curricular: Professor Doutor Luís Varandas

Orientadores de Estágio:
Dr. António Pedro Campos, Dra. Catarina Gouveia e Dra. Rute Neves

Diogo Bentes, A2016428 | Inês Fernandes, A2018320 | Pedro Nunes, A2017372
Pedro Gonçalves, A2023128 | Shanala Ramos, A2018354

Índice

01	Caso Clínico	06	Diagnóstico
02	Epidemiologia e Etiologia	07	Diagnóstico Diferencial
03	Fisiopatologia	08	Tratamento
04	Clínica	09	Complicações e Prognóstico
05	Subtipos e Variantes	10	Bibliografia

01 Caso Clínico



Caso Clínico

Identificação: D. D. S., sexo masculino, nascido a 3/11/2023

Transferido do Hospital de Vila Franca de Xira por suspeita de oclusão intestinal congénita

Antecedentes Familiares Filho de pais não consanguíneos. Mãe: ARH+ saudável. Pai: Doença de Hirschprung.	Gestação e Parto Gravidez vigiada. Ecografia 3PT: dilatação grosseira das ansas intestinais. Serologias (HBV, HCV, HIV, VDRL) neg. Não imune à toxoplasmose. Imune à rubéola e CMV. SGB neg. Cesariana com 39 semanas e 1 dia. Apgar 9/10; PN: 3980 g
--	---

Caso Clínico

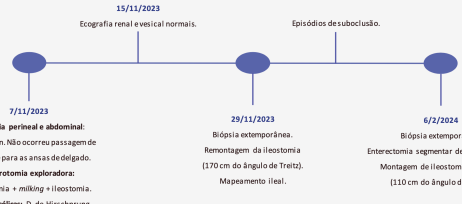
Serviço de Neonatologia, HVFX

- Boa adaptação à vida extrauterina.
- Respiração espontânea. Estabilidade hemodinâmica.
- SNG com **drenagem abundante de conteúdo bilioso** (71 ml em 10h).
- Radiografia abdominal com **distribuição anómala de gás abdominal.**
- Ecografia abdominal com **múltiplas ansas intestinais do delgado com calibre aumentado (> 20 mm)**, parede não espessada, preenchida com conteúdo líquido.

Colocada hipótese de oclusão intestinal e solicitada transferência para Hospital de Dona Estefânia a 4/11/2023

Sem alterações morfológicas.

Caso Clínico



7/11/2023
Ecografia perineal e abdominal: Microcólon. Não ocorreu passagem de contraste para as ansas de delgado.
Laparotomia exploradora: enterotomia + milking + ileostomia.
Biópsias cólicas: D. de Hirschprung.

15/11/2023
Ecografia renal e vesical normais.

29/11/2023
Biópsia extemporânea: Remontagem da ileostomia (170 cm do ângulo de Treitz).
Mapeamento ileal.

6/12/2024
Biópsia extemporânea: Enterectomia segmentar de 60 cm de íleo. Montagem de ileostomia proximal (110 cm do ângulo de Treitz).

02

Epidemiologia e Etiologia



Epidemiologia

1/5000 Nascimentos $\text{♂} 4 > 1 \text{♀}$ 4%-7%: incidência familiar

Extensão da aganglionose $\text{+} \rightarrow \text{+}$

Rácio de sexo $\text{+} \leftarrow \text{-}$

Incidência familiar $\text{-} \rightarrow \text{+}$

Epidemiologia

1/5000 Nascimentos $\text{♂} 4 > 1 \text{♀}$ 4%-7%: incidência familiar

Extensão da aganglionose $\text{-} \rightarrow \text{+}$

Rácio de sexo $\text{+} \leftarrow \text{-}$

Incidência familiar $\text{-} \rightarrow \text{+}$

Aganglionose extensa com Incidência Familiar (pai)

Etiologia

Células Neurais na parede intestinal

- Interrupção migração crânio-caudal (5ª a 12ª semanas)
- Falência de diferenciação pós migração completa
 - Alterações da matriz extracelular onde os neuroblastos se fixam e diferenciam
- Mecanismo Imunogénico
 - Complexo Major de Histocompatibilidade
 - Responsável pela formação de anticorpos antineuroblastos

Coordenação celular

- Atividade motora: fibras colinérgicas pré-ganglionares
- Efeito inibitório: fibras adrenérgicas pós-ganglionares

Diagnóstico Diferencial

	Doença Hirschprung	Displasia Neuronal Intestinal	Íleo Meconial	Síndrome de tamponamento de mecónio	Hipotiroidismo congénito
Apresentação clínica	Mecónio tardio (>48h) Distensão abdominal, vômitos biliares	Dor tipo cólica Diarreia, obstipação (por vezes retorragia)	Mecónio tardio (>48h) Distensão abdominal Pode associar-se a fibrose quística	-Obstipação -Distensão abdominal	Obstipação
Diagnóstico	Enema de bário: alteração no calibre na porção afetada do intestino Biópsia retal: ausência de células ganglionares (aganglónico)	Biópsia retal: hiperganglónico em oposição a doença de hirschprung	Ecografia neonatal: diagnóstico de fibrose quística Enema de bário: microcólon	Diagnóstico de exclusão com biópsia retal	Rastreo Neonatal Ecografia tireoide: permite diagnóstico desta condição

08

Tratamento



Tratamento

A Doença de Hirschprung tem SEMPRE indicação cirúrgica!

Ressecção segmentar da porção reto-sigmoide-cólica aganglionar e abaixamento do colon normal ganglónico até à margem do ânus



Figura 4 a 7: Cirurgia de D.D.S., com laparotomia supraumbilical e exteriorização das ansas, constatando-se distensão de ansas jejuno-ileais e zona de transição de calibre, com ressecção ileal segmentar englobando transição. Remontagem de ileostomia.

Tratamento Médico

Objetivo:
Manter o balanço hídrico e eletrolítico;
Redução da distensão intestinal;
Prevenir e gerir complicações.

Tratamento Inicial:
Ressuscitação com fluidos intravenosos;
Descompressão nasogástrica;
Antibióticos endovenosos, se indicado.

Tratamento Pós-operatório:
Irrigação colónica de rotina;
Terapia profilática antibiótica.

09

Complicações e Prognóstico

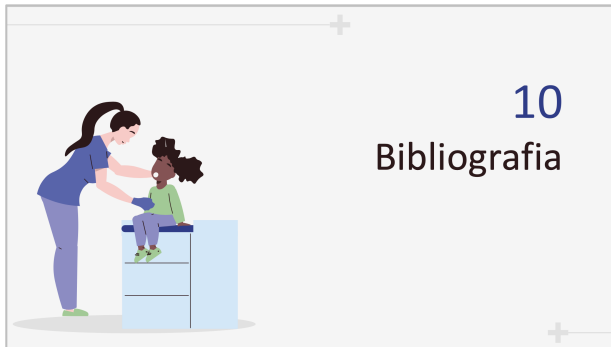


Complicações e Prognóstico

Enterocolite	- Incidência pós-operatória 45% - No 1º ano pós cirurgia - Mais comum no cólon aganglónico total
Obstipação	- 10 a 30% dos casos pós operatórios
Incontinência e diarreia	- Melhoria considerativa ao longo do tempo
Complicações urológicas e sexuais	- Incontinência urinária - Disfunção erétil

Prognóstico

Bom com tratamento precoce;
Maior mortalidade enterocolite pré-operatória e dimensão da porção de cólon aganglónico



Bibliografia

- 1) Saita S, Taguchi T, Ieiri S, Nakatsuji T. Hirschsprung's disease in Japan: analysis of 3852 patients based on a nationwide survey in 30 years. *J Pediatr Surg* 2005; 40:197.
- 2) Best KE, Addor MC, Arriola L, et al. Hirschsprung's disease prevalence in Europe: a registerbased study. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2014; 100:695.
- 3) Badner JA, Sieber WK, Garver KL, Chakravarti A. A genetic study of Hirschsprung disease. *Am J Hum Genet* 1990; 46:568.
- 4) Fu M, Tam PK, Sham MH, Lui VC. Embryonic development of the ganglion plexuses and the concentric layer structure of human gut: a topographical study. *Anat Embryol (Berl)* 2004; 208:33.
- 5) McKeown SJ, Stamp L, Hao MM, Young HM. Hirschsprung disease: a developmental disorder of the enteric nervous system. *Wiley Interdiscip Rev Dev Biol* 2013; 2:113.
- 6) Guerrero Fernandez, J.; Suso, J.; *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*, 2017 – capítulo 103 e 104.
- 7) Marodante, K. & Kliegman, R. M., *Nelson's Essentials of Pediatrics*.



Anexo VII: Casuística relativa ao estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.

Gráfico 10 – Número de doentes observados por área no âmbito do estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.

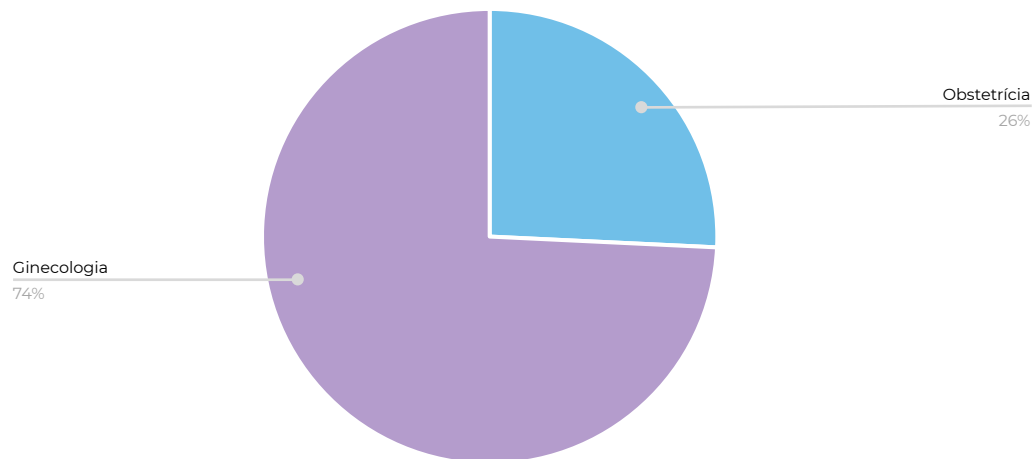


Gráfico 11 – Partos observados durante o estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.

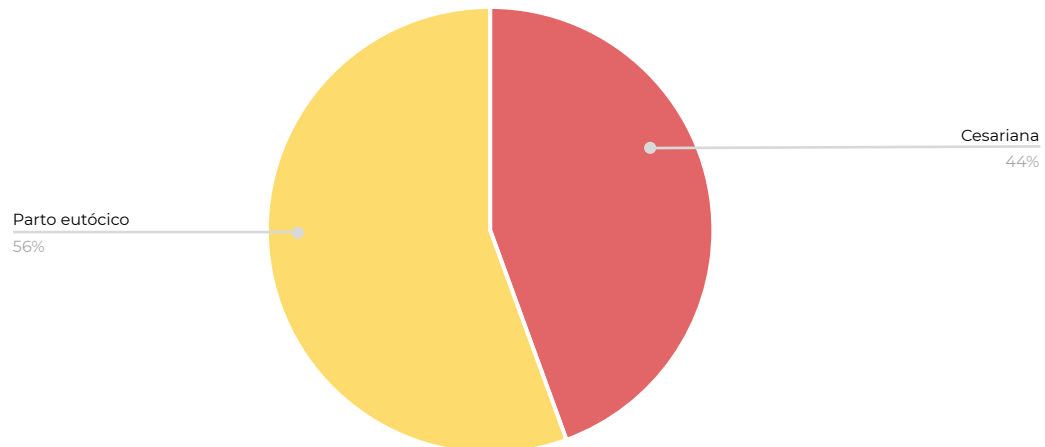


Imagem 6 – Slides relativos ao trabalho “Amenorreia”

NOVA MEDICAL SCHOOL Hospital Lusíadas Lisboa

Amenorreia

UC Ginecologia e Obstetrícia (Estágio Parcelar)
Regente: Prof. Doutora Teresinha Simões
Tutores: Dra. Ana Paula Maia, Dra. Maria João Mendonça, Dr. Luís Canelas, Dra. Alexandra Cordeiro

Beatriz Jesus, 2018197
Margarida Flores, 2018379
Paulo Braz Correia, 2018008
Pedro Afonso Nunes, 2017372

6º Ano do MIM | Turma 2
18 de abril de 2024

Índice

01	Introdução	03	Amenorreia Primária (Etiologia)
02	Abordagem → História Clínica → Exame Objetivo → Avaliação Laboratorial → Avaliação Imagiológica	04	Amenorreia Secundária (Etiologia)
		05	Abordagem Terapêutica

01

Introdução



Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Introdução Quando investigar? Primária Investigar na ausência de menstruação... - Aos 13 anos na ausência de caracteres sexuais secundários - Aos 15 anos na presença de caracteres sexuais secundários 3 anos após a telarca Secundária Ausência de menstruação em mulher previamente menstruada durante: > 3M se previamente regular > 6M se previamente irregular > Duração de 3 ciclos menstruais se oligomenorreia (ciclos menstruais > 38 dias mas < 3/6 meses) Casanova, R. et al. (2024) <i>Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology</i>. Philadelphia: Wolters Kluwer.						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Ciclo Menstrual https://emedicine.medscape.com/article/252928-overview#5						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
História Clínica ✓ História da amenorreia ✓ Data da última menstruação ✓ Condições associadas (hirsutismo, acne, galactorreia, anosmia...), ✓ Antecedentes patológicos (médicos, psiquiátricos e cirúrgicos) ✓ Medicação (contraceção, antagonistas da dopamina...) ✓ História familiar ✓ Exercício físico (quantidade por dia e/ou por semana) ✓ Dieta (restrições, perturbações alimentares) ✓ Drogas ilícitas ✓ ...						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
História Clínica Exame Físico Avaliação Laboratorial ✓ DIG ou β- HCG – Excluir gravidez ✓ TSH – Avalia Hipotirodismo ✓ Prolactina - Avalia Hiperprolactinemia ✓ FSH e LH • FSH ↑: Hipergonadotrofia • FSH N: Eugonadotrofia • FSH ↓: Hipogonadotrofia						

Introdução

Amenorreia

Um dos principais distúrbios ginecológicos na idade reprodutiva

Primária

Ausência de menarca aos 16 anos

Ausência de menstruação em mulher que NUNCA menstruou previamente!

Secundária

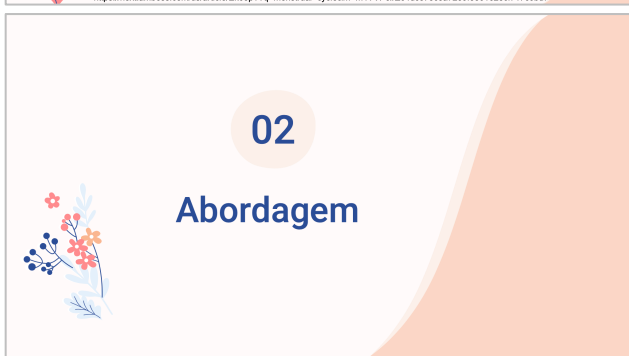
Ausência de menstruação em mulher previamente menstruada

Casanova, R. et al. (2024) *Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Ciclo Menstrual https://next.amboss.com/us/article/Ex08pT7q=menstrual+cycle&m=rn4YVP6WZ64dc875c8a7239f3e01628cf717c8bd7						

02

Abordagem



Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
História Clínica Exame Físico ✓ Estadiamento de Tanner (++) amenorreia primária) ✓ Avaliação da anatomia trato genital (causas obstrutivas?) ✓ Presença de hirsutismo e/ou acne ✓ Índice de Massa Corporal Sinais de ALERTA • Atraso pubertário • Virilização • Defeito campo visual • Anosmia						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
História Clínica Exame Físico Avaliação Laboratorial Avaliação Imagiológica A necessidade de exames de imagem (ecografia, TC ou RM) depende da suspeita clínica e, nomeadamente, se se trata de amenorreia primária ou secundária 1ª Ecografia Transvaginal Outros exames (RM pélvica, RM crânio-encefálica, TC pélvica) depende da suspeita clínica						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
------------	-----------------	-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

O 1º passo é estabelecer um diagnóstico!

FSH elevada em mulher com < 40 A pode significar Insuficiência Ovárica Prematura: Primeiro repetir teste !

Se repetição com FSH ↑ : avaliação de Auto-Anticorpos (avaliar outras doenças autoimunes) e cariótipo (S. Turner, Xfrágil)...

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
------------	-----------------	-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

ETIOLOGIA



A causa mais comum é a gravidez!

Todas devem medir β -hCG!

< 5% das mulheres terão outras causas...

É essencial excluir gravidez para evitar testes desnecessários, evitar dano potencial ao feto e diminuir a ansiedade da doente...

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
------------	-----------------	-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

ETIOLOGIA

Excluindo gravidez...

Amenorreia Primária

45%

Disgenesia Gonadal

Malformações congênitas (mullerianas)

- Hímen imperfurado
- Septo vaginal transverso
- Síndrome Mayer-Rokitansky

Amenorreia Secundária

40%

OVário

Síndrome ovário poliquístico (30%)

Falência ovárica prematura (10%)

35%

Amenorreia Hipotalâmica

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.
Current evaluation of amenorrhea. Fertil Steril 2008;90:5219-25

03

Amenorreia Primária

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
------------	-----------------	-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Amenorreia Primária

Definição

- **Ausência de menarca** aos 15 anos, em doente com desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários;
- **Ausência de menstruação** aos 13 anos, em doente sem desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

Quem Investigar?

- ≥ 15 anos;
- Ø menarca ≥ 3 anos após a telarca;
- Ø telarca aos 13 anos;
- Amenorreia e dor pélvica cíclica;

Wahl, C. and Barisani, R. (2004) Evaluation and management of primary amenorrhea. [UpToDate](#). Acessado em 11 de Abril de 2024

[illegible]

Introdução	Ciclo Menstrual	Abortagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão																																				
Amenorreia Primária																																										
Sem caracteres Sexuais Secundários <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>INDICAÇÕES DE HIPOGONADISMO CENTRALIZADO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Idade ginecológica < 10</td> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">+ 43%</td> </tr> <tr> <td>Amenorreia ou oligomenoré</td> </tr> <tr> <td>Hipoplasia de OV, FALV, UTR</td> </tr> <tr> <td>Hipoplasia ginecológica menor 40% (ML, ALV)</td> </tr> <tr> <td>Hipoplasia ginecológica baixa</td> </tr> <tr> <td>Enxerto de Testes, TGO anormal</td> </tr> <tr> <td>Infertilidade</td> </tr> <tr> <td>Deficiência central</td> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">+ 14%</td> </tr> <tr> <td>Manoia de menor das gonadotrofinas</td> </tr> <tr> <td>Idade gonad</td> </tr> <tr> <td>Deficiência central</td> </tr> <tr> <td>Deficiência central</td> </tr> <tr> <td>Deficiência central</td> </tr> <tr> <td>Deficiência central</td> </tr> </tbody> </table> Com Caracteres Sexuais Secundários <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Alterações Anatómicas</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Imunossuprimido</td> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">15% +</td> </tr> <tr> <td>Sépio vaginal transverso (3%)</td> </tr> <tr> <td>Hipoplasia ou agenesia do clítoris, cló e vagina</td> </tr> <tr> <td>Ginecômio de Mayer-Rokitansky-Kuster-Mayer</td> </tr> <tr> <td>Síndrome de Insensibilidade aos andrógenos</td> </tr> <tr> <td>Pseudohermafroditismo masculino</td> </tr> <tr> <td>46, XY</td> </tr> <tr> <td>Pseudohermafroditismo verdadeiro</td> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">7% +</td> </tr> <tr> <td>Pseudohermafroditismo masculino</td> </tr> <tr> <td>46, XY 46, XX/ mosaic</td> </tr> <tr> <td>Ovarios</td> </tr> <tr> <td>Amenorreia com hiperandrogenismo</td> </tr> <tr> <td>Síndrome do ovário poliquístico</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>							INDICAÇÕES DE HIPOGONADISMO CENTRALIZADO		Idade ginecológica < 10	+ 43%	Amenorreia ou oligomenoré	Hipoplasia de OV, FALV, UTR	Hipoplasia ginecológica menor 40% (ML, ALV)	Hipoplasia ginecológica baixa	Enxerto de Testes, TGO anormal	Infertilidade	Deficiência central	+ 14%	Manoia de menor das gonadotrofinas	Idade gonad	Deficiência central	Deficiência central	Deficiência central	Deficiência central	Alterações Anatómicas		Imunossuprimido	15% +	Sépio vaginal transverso (3%)	Hipoplasia ou agenesia do clítoris, cló e vagina	Ginecômio de Mayer-Rokitansky-Kuster-Mayer	Síndrome de Insensibilidade aos andrógenos	Pseudohermafroditismo masculino	46, XY	Pseudohermafroditismo verdadeiro	7% +	Pseudohermafroditismo masculino	46, XY 46, XX/ mosaic	Ovarios	Amenorreia com hiperandrogenismo	Síndrome do ovário poliquístico	
INDICAÇÕES DE HIPOGONADISMO CENTRALIZADO																																										
Idade ginecológica < 10	+ 43%																																									
Amenorreia ou oligomenoré																																										
Hipoplasia de OV, FALV, UTR																																										
Hipoplasia ginecológica menor 40% (ML, ALV)																																										
Hipoplasia ginecológica baixa																																										
Enxerto de Testes, TGO anormal																																										
Infertilidade																																										
Deficiência central	+ 14%																																									
Manoia de menor das gonadotrofinas																																										
Idade gonad																																										
Deficiência central																																										
Deficiência central																																										
Deficiência central																																										
Deficiência central																																										
Alterações Anatómicas																																										
Imunossuprimido	15% +																																									
Sépio vaginal transverso (3%)																																										
Hipoplasia ou agenesia do clítoris, cló e vagina																																										
Ginecômio de Mayer-Rokitansky-Kuster-Mayer																																										
Síndrome de Insensibilidade aos andrógenos																																										
Pseudohermafroditismo masculino																																										
46, XY																																										
Pseudohermafroditismo verdadeiro	7% +																																									
Pseudohermafroditismo masculino																																										
46, XY 46, XX/ mosaic																																										
Ovarios																																										
Amenorreia com hiperandrogenismo																																										
Síndrome do ovário poliquístico																																										
Tabela 1 - Amenorreia primária com caracteres sexuais secundários																																										

[illegible]

Introdução	Ciclo Mensual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
------------	---------------	-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Disgenesia Gonadal

HIPOGONADISMO HIPERGNADOTRÓFICO	
Disgenesia gonadal	45,XO
	Arranjos não recíprocos X
	45,XYY (45,XY)
	Disgenesia gonadal pura (46,XX / 46,XY)
Disgenesia gonadal mista	

Short average adult height

High-arched palate

Widened neck

Shield chest

Heart (with image of aortic coarctation)

Kidney and upper malformations (e.g., horseshoe kidney)

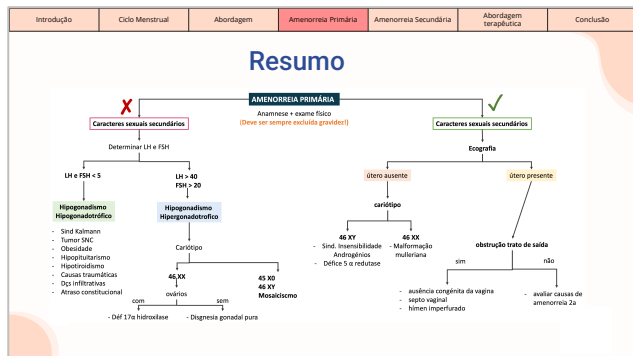
Cervical webbing

Lymphedema (hands and feet during neonatal period, nail dysplasia, short fourth metacarpal/metatarsal)

Disproportion

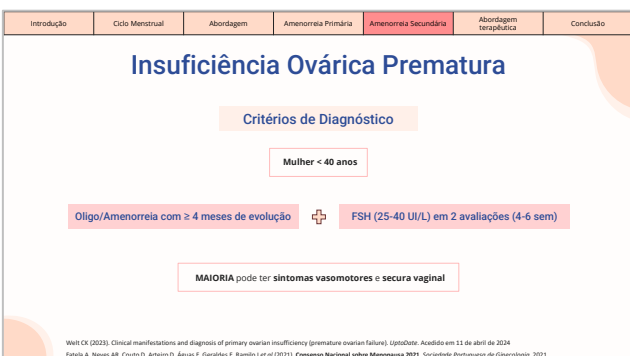
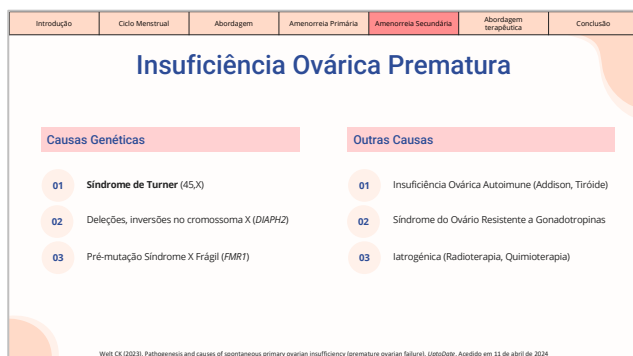
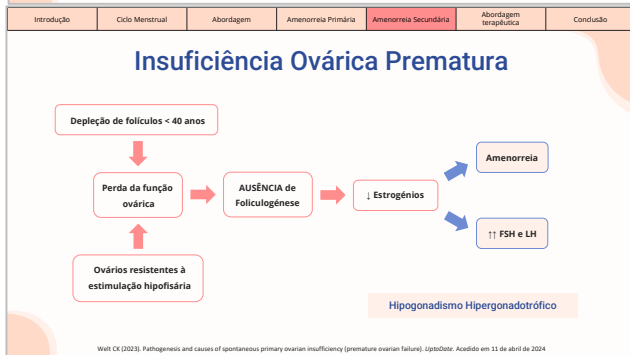
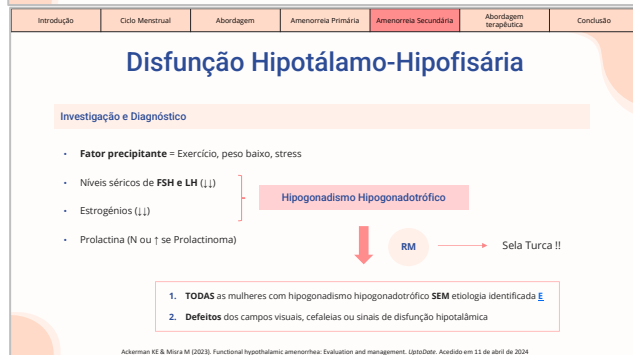
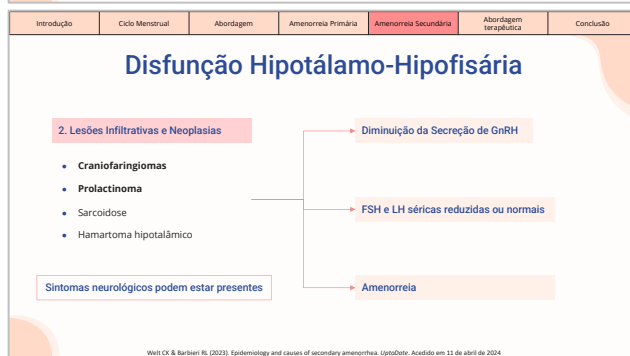
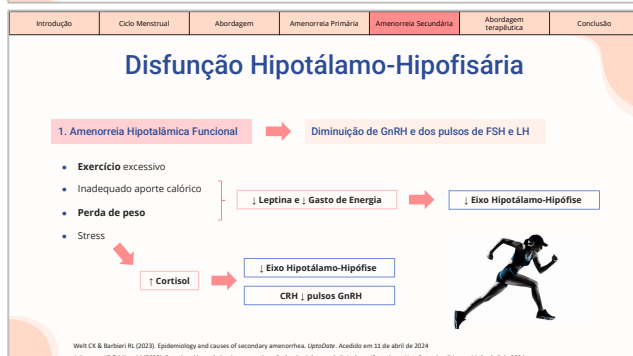
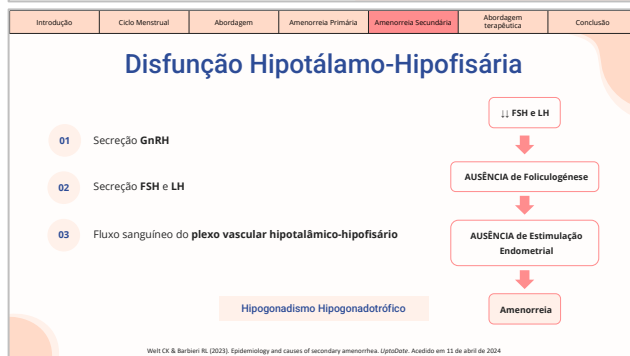
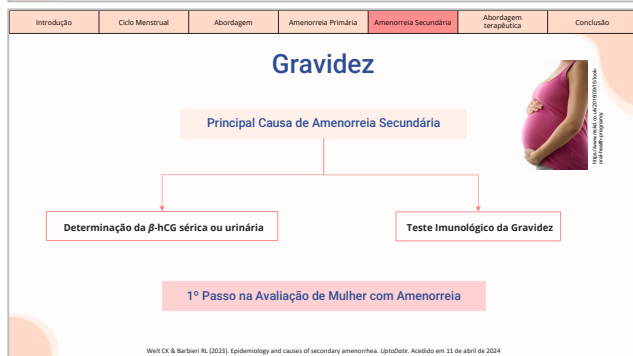
- **Síndrome Turner - 45,XO**
- **Mosaicismo (45,XO / 46, XX)**
- **Disgenesia gonadal pura 46, XX**
- **Disgenesia gonadal completa 46,XY**

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Anamnese Primária	Anamnese Secundária	Conclusão
Alterações Anatómicas Vagina / Útero - Anomalias no desenvolvimento dos canais Mullerianos: Anomalias Anatómicas Himen imperfurado Septo vaginal transverso Hipoplasia ou agenesia do útero, colo e vagina (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser)    Síndrome de Mayer-Rokitansky  Septo Vaginal Longitudinal - Dor pélvica crônica - Caracteres sexuais secundários e genitais externos normais - Cariótipo normal - Função ovárica normal					



04

Amenorreia Secundária



Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Insuficiência Ovárica Prematura Investigação Etiológica - Carótipo - Pré-mutação <i>FMR1</i> - Anticorpos anti-TPO - Anticorpos anti-21-OH Witt CX (2023). Clinical manifestations and diagnosis of primary ovarian insufficiency (premature ovarian failure). UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024. Fabrizia A, Neves AM, Couto D, Araújo D, Aguiar F, Geraldes F, Ramalho J et al (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa 2021. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. 2021.						

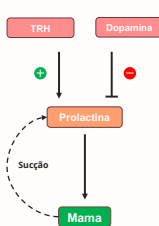
Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Síndrome do Ovário Poliquístico Manifestações - Oligomenorreia (50%) ou amenorreia (20%) - Infertilidade Obesidade - Hirsutismo - Acne - Resistência à insulina Características - Hiperandrogenismo Disfunção ovulatória - Ovários poliquísticos  Barbieri RL (2023). Clinical manifestations of polycystic ovary syndrome in adults. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024. Witt CX (2023). Pathogenesis and causes of spontaneous primary ovarian insufficiency (premature ovarian failure). UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Síndrome do Ovário Poliquístico Diagnóstico - Critérios de Roterdaão - Oligoanovulação ou anovulação - Hiperandrogenismo clínico e/ou bioquímico - Ecografia com ovários poliquísticos ≥ 2 Critérios + Exclusão de Outras Condições Barbieri RL & Ehrmann DA (2022). Diagnosis of polycystic ovary syndrome in adults. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Síndrome de Asherman Causa Anatômica + Frequente de Amenorreia - Procedimentos Uterinos: Curetagem ou miometomia - Infecções e inflamação  Dano na camada basal do endométrio → Regeneração do tecido com formação de aderências Obstrução Parcial ou Completa Cedars MH & Adleye A (2024). Intrauterine adhesions: Clinical manifestation and diagnosis. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Síndrome de Asherman Apresentação Clínica - Assintomática - Amenorreia - Dismenorreia - Infertilidade - Abortos espontâneos recorrentes Diagnóstico - Histerossonografia ou histeroscopia  Cedars MH & Adleye A (2024). Intrauterine adhesions: Clinical manifestation and diagnosis. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

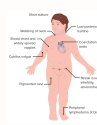
Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Hiperprolactinemia Fisiológicas - Gravidez - Amamentação - Estimulação do mamilo - Stress Patológicas Prolactinoma - Acromegalia - Sarcoidose - Traumatismo - Hipotireoidismo primário - SOP - DRC - Idiopática Fármacos Risperidona Haloperidol - Domperidona - Metoclopramida - Metildopa - Verapamilo Snyder PJ (2022). Causes of hyperprolactinemia. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Hiperprolactinemia ↑ Produção de Prolactina Prolactinoma ↑ TRH ? - Hipotireoidismo Primário ↑ Estrogênios ? - Stress, Gravidez Inibição dopaminérgica - Risperidona - Haloperidol - Domperidona - Metoclopramida - Metildopa Clearance da Prolactina - Doença Renal Crônica - Macroprolactinemia  Snyder PJ (2022). Causes of hyperprolactinemia. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Hiperprolactinemia Clinica - Amenorreia ou oligomenorreia - Infertilidade - Galactorreia ↓ Densidade óssea ++ Mulheres Prémenopausa Investigação e Diagnóstico PRL ≥ 25 ng/ml - TSH e T4L - Creatinina Ressonância Magnética CE EXCEPTO se hipotireoidismo ou etiologia farmacológica Snyder PJ (2023). Clinical manifestations and evaluation of hyperprolactinemia. UpToDate. Acessado em 11 de abril de 2024.						

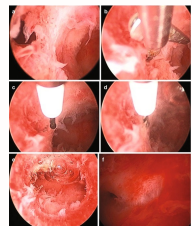
Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Abordagem Inicial Estrogênios Endométrio Trato genital Prova com Progesterona Acetato de medroxiprogesterona ou progesterona micronizada per os durante 10 – 14 dias 1 semana após prova ✓ Hemorragia Vaginal ✗ Hipotestosteronismo Malformações congênitas Obstrução do trato genital Ciclos anovulatórios Ciclos oligo-ovulatórios Bederman CB, Ling PW et al (2020). Bederman and Ling's Obstetrics and Gynecology. 8th Edition, Elsevier Saunders & Williams (The American College of Obstetricians and Gynecologists).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Abordagem Terapêutica 05						

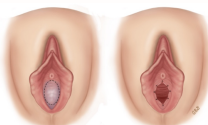
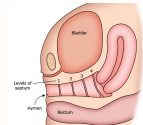
Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Síndrome de Turner Causa de insuficiência ovárica prematura Abordagem MULTIDISCIPLINAR  Terapêutica hormonal até aos 50 – 51 anos ++ Amenorreia primária • Criopreservação de ovócitos • Doação de ovócitos ✓✓ ↑ Risco cardiovascular !! • Dissecção da aorta • Pré-eclâmpsia Beckmann CHB, Ling FW et al (2023). Management of Turner syndrome in adults. In: UpToDate, Snyder PJ, Goffman ME (Eds), Wolters Kluwer (consultado a 15 de abril de 2023).						

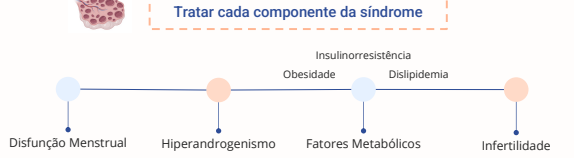
Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Malformações Congénitas Agenesia Vaginal = Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser  1ª LINHA = dilatador vaginal Alternativa = CIRURGIA (criação de neovagina) + dilatador Luder MR. Congenital anomalies of the hymen and vagina. In: UpToDate, Barlieri RL (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 14 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Síndrome do Ovário Poliquístico SEM desejo de engravidar 1ª LINHA Contraceção hormonal combinada (estroprogestativo) + Perda ponderal Progestativo com efeitos anti-androgénicos Acetato de ciproterona Drospirenona Dienogest Medidas dietéticas + exercício físico Barlieri RL, Ehmman DA. Treatment of polycystic ovary syndrome in adults. In: UpToDate, Crowley Jr. WF (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 11 de abril de 2023). Beckmann CHB, Ling FW et al (2023). Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 1ª Edição, Lippincott Williams & Wilkins (The American College of Obstetricians and Gynecologists).						

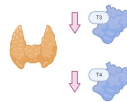
Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Síndrome de Asherman  Lise das aderências por HISTEROSCOPIA + Colocação de balão intrauterino Terapêutica com estrogénio no pós-operatório Cedars M, Adelyne A. Intrauterine adhesions: Treatment and prevention. In: UpToDate, Barlieri RL (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 11 de abril de 2023). Beckmann CHB, Ling FW et al (2023). Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 1ª Edição, Lippincott Williams & Wilkins (The American College of Obstetricians and Gynecologists).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica - Hiperprolactinemia Depende da ETIOLOGIA ! Fármacos AUSÊNCIA de sintomas SEM necessidade de tratamento Sintomas + fármaco NÃO antipsicótico Descontinuar / substituir Sintomas + antipsicótico Substituir ou associar agonista dopaminérgico ou associar aripirazole Estradiol (hipogonadismo) Snyder PJ. Management of hyperprolactinemia. In: UpToDate, Cooper DS (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 13 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Malformações Congénitas Hímen Imperfurado  Correção cirúrgica Idealmente = período neonatal ou pré-menarca * agénia parcial da vagina / septo vaginal Septo Vaginal Transverso  Ressecção cirúrgica ↑ espessura do septo (↑ re-estenose e obstrução) Luder MR. Congenital anomalies of the hymen and vagina. In: UpToDate, Barlieri RL (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 14 de abril de 2023). West CK. Barlieri RL. Evaluation and management of primary amenorrhea. In: UpToDate, Crowley Jr. WF, Goffman ME (Eds), Wolters Kluwer (consultado a 14 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Síndrome do Ovário Poliquístico Tratar cada componente da síndrome  Desejo de engravidar ? Barlieri RL, Ehmman DA. Treatment of polycystic ovary syndrome in adults. In: UpToDate, Crowley Jr. WF (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 11 de abril de 2023). Beckmann CHB, Ling FW et al (2023). Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 1ª Edição, Lippincott Williams & Wilkins (The American College of Obstetricians and Gynecologists).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Síndrome do Ovário Poliquístico COM desejo de engravidar - Alteração do estilo de vida → perda ponderal - Indução da ovulação - Técnicas de procriação medicamente assistida Letrozol Citrato de Clomifeno Barlieri RL, Ehmman DA. Treatment of polycystic ovary syndrome in adults. In: UpToDate, Crowley Jr. WF (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 11 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica - Hiperprolactinemia Depende da ETIOLOGIA ! Prolactinoma 1ª LINHA Agonistas dopaminérgicos ↓ cabergolina (++) Segura durante a gravidez Microadenomas = risco de crescimento durante a gravidez: BAIXO Hipotiroidismo Levotiroxina diária per os  Snyder PJ. Management of hyperprolactinemia. In: UpToDate, Cooper DS (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 13 de abril de 2023). Beckmann CHB, Ling FW et al (2023). Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 1ª Edição, Lippincott Williams & Wilkins (The American College of Obstetricians and Gynecologists).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Insuficiência Ovária Prematura Estrogénios (17β-Estradiol) ↓ risco de osteoporose ↓ risco de doença cardiovascular ↓ risco de atrofia urogenital Saúde sexual e qualidade de vida !! EXCLUIR contraindicações absolutas Progesterona Micronizada Útero preservado Prevenção da hiperplasia e carcinoma do endométrio induzidos pelo estrogénio West CK. Management of primary ovarian insufficiency (premature ovarian failure). In: UpToDate, Crowley Jr. WF (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 13 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Insuficiência Ovária Prematura SEM desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários Amenorreia Primária → Estradiol em doses muito reduzidas (inicialmente, SEM progesterona) Amenorreia Secundária → Estradiol em dose SUPERIOR à da pós-menopausa Oral (2 mg/dia) Transdérmico (100 mcg) Vaginal (100 mcg/dia) Manutenção da terapêutica hormonal, pelo menos, até aos 50 – 51 anos Walt CK. Management of primary ovarian insufficiency (premature ovarian failure). In: UpToDate, Crowley J; WF (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 13 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Insuficiência Ovária Prematura SEM desejo de engravidar → Ovulação espontânea → Contraceção !! Contraceção hormonal combinada (oral) Desejo de engravidar → Fertilização in vitro Doação de ovócitos Walt CK. Management of primary ovarian insufficiency (premature ovarian failure). In: UpToDate, Crowley J; WF (Ed), Wolters Kluwer (consultado a 13 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Terapêutica – Amenorreia Hipotalâmica Funcional Abordagem MULTIDISCIPLINAR 1ª LINHA Alterações do estilo de vida = ↑ aporte calórico + ↓ exercício físico ✓✓ Terapia cognitivo-comportamental Desejo de engravidar → Gonadotrofinas exógenas → Estradiol transdérmico + progesterona cíclica ↓ densidade óssea → Estradiol transdérmico + progesterona cíclica Amenorreia = após 6 – 12 meses Walt CK, Barham RL. Evaluation and management of secondary amenorrhea. In: UpToDate, Crowley J; WF, Giffner ME (Eds), Wolters Kluwer (consultado a 14 de abril de 2023). Altman KE, Mink M. Functional hypothalamic amenorrhea: Evaluation and management. In: UpToDate, Barham RL, Crowley J; WF (Eds), Wolters Kluwer (consultado a 14 de abril de 2023).						

Introdução	Ciclo Menstrual	Abordagem	Amenorreia Primária	Amenorreia Secundária	Abordagem terapêutica	Conclusão
Obrigado ! 						




Amenorreia

UC Ginecologia e Obstetria (Estágio Parcelar)
Regente: Prof. Doutora Teresinha Simões
Tutores: Dra. Ana Paula Maia, Dra. Maria João Mendonça, Dr. Luís Canelas, Dra. Alexandra Cordeiro

Beatriz Jesus, 2018197
Margarida Flores, 2018379
Paulo Braz Correia, 2018008
Pedro Afonso Nunes, 2017372

6º Ano do MIM | Turma 2
18 de abril de 2024

Anexo VIII: Casuística relativa ao estágio parcelar de Saúde Mental.

Gráfico 12 – Doentes observados no serviço de reabilitação ao longo do estágio de SM.

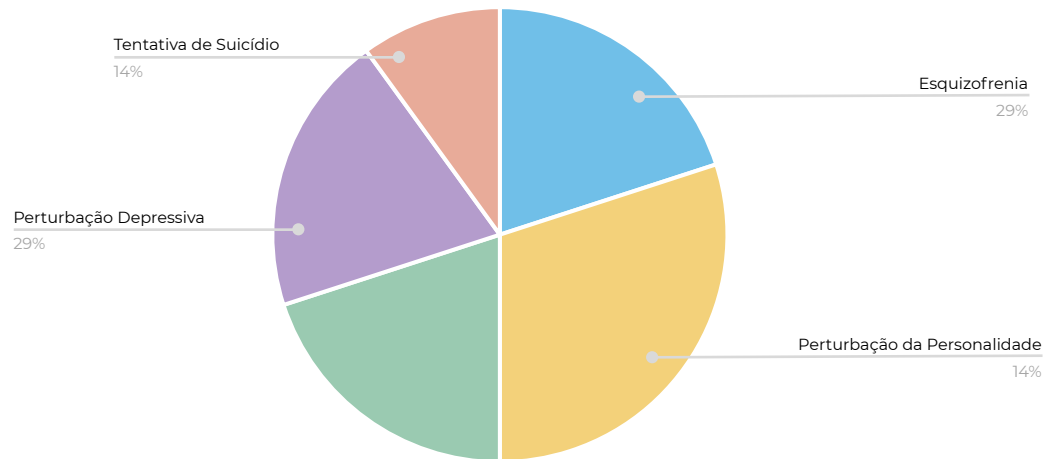
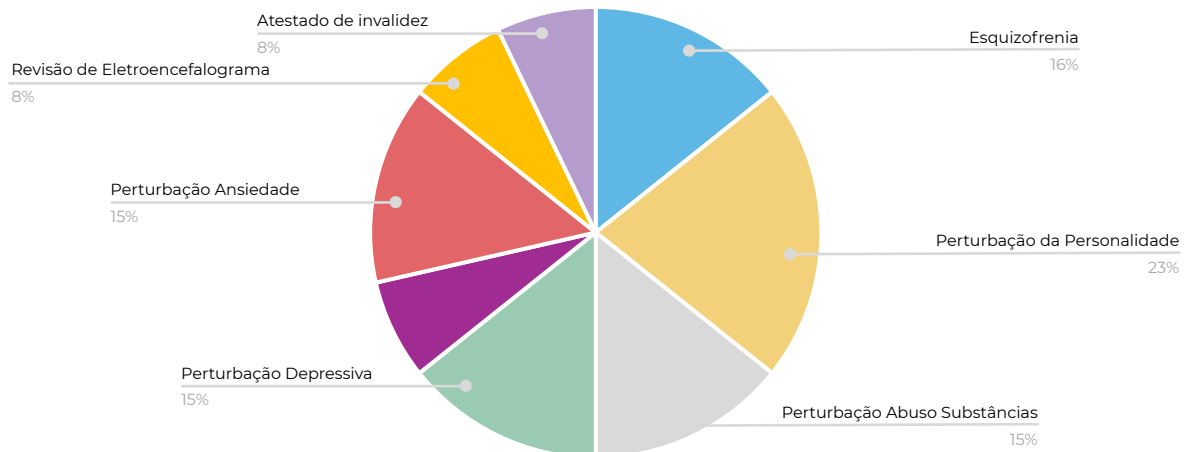


Gráfico 13 – Doentes observados na consulta externa no âmbito do estágio de SM.



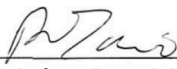
Anexo IX – Elementos Valorativos: descrição e certificados.

Tipologia	Atividade	Descrição
Atividades realizadas durante o 6º ano do MIM	Curso TEAM (Trauma Evaluation and Airway Management)	Prática de procedimentos basilares para a formação de um jovem médico, nomeadamente, na abordagem de doentes politraumatizados (imobilização, entubação orotraqueal, colocação de dispositivos de suporte da via aérea e colocação de acessos centrais e periféricos), bem como a exploração do uso da radiografia em casos de trauma. (Certificado 1).
	Webinar “Urothelial Cancer” CUF Academic Center	O webinar incidiu sobre carcinoma urotelial e sobre o fármaco Enfortumab vedotin, sendo os seu carácter inovador e dados sobre o impacto no tratamento desta doença apresentados pela renomada oncologista Prof. Begoña Pérez-Valderrama. (Certificado 2)
	Innovation 202: Technology and Innovation Stanford Medicine	Nesta conferência foram abordados temas como a promoção de acessibilidade a tecnologia em saúde e o uso de inteligência artificial, através de “wearables”, como modo de monitorização remota e promoção de boas práticas em saúde. Foi também abordado o papel que IA pode ter na prevenção de complicações em recém-nascidos com base em dados sobre a mãe. (Certificado 3)
	Conferência “Artificial Intelligence in Healthcare” Luz Learning Health	Participei na sessão “Towards explainable and reliable multilingual NLP” sobre o impacto que linguagem, ciência computacional e inteligência artificial podem ter no processo de grandes quantidades de dados de linguagem humana em vários contextos. (Certificado 4)
	Conferência “iMed 15.0”	A conferência incidiu em sessões científicas dedicadas à Medicina de Conflitos e Catástrofes, Neurologia e Medicina Materno-Fetal, bem como palestras humanitárias e iMed Sessions. (Certificado 5)
	Clinical Mind Competition	Esta competição organizada pelo Professor Mervyn Singer teve lugar na iMed Conference® 15.0 e incidiu em casos clínicos sobre diversas áreas da Medicina. (Certificado 6)
	Workshop “Laparoscopic Surgery – Basics”	Curso lecionado pelo Dr. José Novo de Matos, facultado pelo iMed Conference 15.0. Nesta formação, tive a oportunidade de conhecer os instrumentos mais utilizados na técnica de laparoscopia, manuseá-los e realizar exercícios em modelos próprios de modo a dar os primeiros passos nesta técnica. (Certificado 7)
	Workshop “Stitching The Future Further - Advanced by ANEEB & Johnson and Johnson	Lecionada pela Dra. Luísa Quaresma, esta formação, teve como foco as diferentes técnicas de anastomose do cólon, sendo que tive a oportunidade de treinar técnicas de sutura em modelos vivos, bem como manusear os instrumentos mais utilizados. (Certificado 8)
	Sessões de Simulação Luz Learning Health	Simulação da abordagem da via aérea com recurso a entubação orotraqueal por diferentes técnicas, treino de técnicas de sutura e colocação de acessos venosos centrais com apoio ecográfico. (Certificado 9)

	Conferência “World Pancreatic Day” Luz Learning Health	Durante a conferência foram abordadas áreas como a epidemiologia, anatomopatologia, avanços terapêuticos e principais desafios na abordagem da neoplasia do pâncreas. Apesar da especificidade e complexidade dos temas apresentados, considerei uma excelente oportunidade formativa e de contacto com vários especialistas nacionais e internacionais na área. (Certificado 10)
	Webinar “Conectados, Desconectados: Debater a proibição de telemóveis” IPPS-iscte	Neste webinar debateu-se o impacto do uso do telemóvel nas diversas áreas de trabalho, como isso afetada a nossa produtividade, saúde e desenvolvimento. (Certificado 11)
	Formação “Hypertension in Primary Care - Improving Control and Reducing Risk” Stanford Medicine	Esta formação centrou-se no diagnóstico e abordagem da Hipertensão Arterial em seio de cuidados de saúde primários. Através de casos clínicos, abordou princípios de fisiopatologia, de diagnóstico e as mais recentes diretrizes de abordagem da patologia. (Certificado 12)
Projetos e Participação Associativa	Departamento de Ciência e Formação NMS	Durante o mandato de 2017/18 integrei o Departamento de Ciência e Formação da AENMS, no qual estive responsável pela coordenação do projeto PECLICUF. Este projeto tem como objetivo proporcionar a oportunidade aos alunos de medicina de todo o país de realizarem estágios clínicos em diversas especialidades, nos Hospital da rede CUF de todo o país. (Certificado 14)
	Comissão de Curso 1º ano	No ano letivo 2017/18 integrei a comissão de curso do 1º ano, juntamente com 2 colegas, onde tivemos a oportunidade de representar os interesses da classe dos alunos, nomeadamente em reuniões com professores, com o objetivo de estabelecer maior diálogo e confronto de ideias, para otimizar e aumentar a qualidade de ensino.
	Club MedSurf	No ano de 2021, juntamente com colegas da NMS e da FMUL, fundamos o Club Medsurf com objetivo de promover a prática de exercício e integração das duas faculdades de medicina de Lisboa. No mandato de 2021/22 integrei o departamento de merchandising, responsável por coordenar a imagem do projeto (Certificado 15). No mandato de 2022/23, chefieei o departamento de Workshop e Eventos, responsável por organizar o dia aberto do clube, eventos de limpeza de praia, bem como integrar o projeto nos eventos dos restantes clubes de surf do país. (Certificado 16)
	Grémio Académico	Desde o ano de 2018 que integrei o grupo estudantil Grémio Académico, responsável por organizar atividades lúdicas e de integração dos alunos do primeiro ano. Durante o percurso neste grupo, apoiei a realização de grandes eventos como as Serenatas e Queima das Fitas desde 2018 até 2022. (Certificado 17)
Atividades realizadas em anos letivos anteriores	Conferência “Fronteiras da Economia da Saúde!	Esta conferência, que teve como principal objetivo aproximar investigadores de áreas que fazem fronteira com a Economia da Saúde, e permitir a discussão multidisciplinar sobre nuances relevantes para a Economia da Saúde, abordou temas como: 1) Prestação de Cuidados de Saúde em Portugal e 2) Recursos Humanos no Sistema de Saúde Português. (Certificado 18)

	Formação “Certificação de causas de morte na europa” Universidade Aberta	Esta formação tem como objetivo fornecer uma ferramenta de aprendizagem inovadora aos professores que formam estudantes de medicina, dando-lhes a oportunidade de melhorar o seu conhecimento das recomendações e regras estabelecidas pela OMS sobre certificação de causas de morte. Deste modo, através de uma melhor codificação das causas de morte é possível fazer melhores estudos de saúde pública e olhar para o paradigma de cada doença com uma nova visão. (Certificado 19)
	Academia de Empreendedorismo Universidade Nova Lisboa	Curso constituído por 6 módulos com questionários de avaliação onde foram abordadas as seguintes temáticas: 1) o processo de empreendedorismo e equipas de alto desempenho; 2) Princípios de Marketing; 3) Proposta de valor; 4) Plano de negócios e Financiamento; 5) Aspectos Jurídicos e Propriedade Intelectual; 6) Pitch. Decidi completar este curso pelo meu interesse no empreendedorismo na área da saúde e pelo paralelismo que é possível traçar entre os temas abordados e a gestão de um doente. (Certificado 20)
	Workshop “Ped’s Expert” iMed 14.0	Neste workshop tive a oportunidade de participar de uma numa simulação de alta-fidelidade abordando uma criança em uma situação de risco de vida. (Certificado 21)
	Workshop “Cirugía Robótica - Da Vinci” iMed 14.0	Neste workshop tive a oportunidade treinar gestos técnicos básicos no robot Da Vinci, que está a revolucionar o campo cirúrgico. (Certificado 22)
	Conferência “iMed 14.0” AENMS	A conferência teve como objetivo dar luz aos temas mais importantes da atualidade da Medicina e mostrar a inovação que ocorreu em certas especialidades. (Certificado 23)
	Voluntário Open Day NMS	No dia aberto da Nova Medical School tive a oportunidade de ser voluntário e acompanhar um grupo de 20 alunos do ensino secundário, acompanhá-los numa visita guiada pela faculdade e instalações envolventes, bem como esclarecer qualquer dúvida sobre o ensino superior que tenham. (Certificado 24)
	Conferência “iMed 14.0” AENMS	A conferência teve como objetivo dar luz aos temas mais importantes da atualidade da Medicina, nomeadamente em áreas como Cardiologia, Psiquiatria e Trauma. (Certificado 25)
	Conferência “AIMS” FMUL	A conferência teve como objetivo dar luz aos temas mais importantes da atualidade da Medicina, nomeadamente em áreas como Endocrinologia, Nutrição e Medicina personalizada. (Certificado 26)
	Workshop “Língua Gestual” AENMS	Neste workshop foi possível dar os primeiros passos na língua gestual, aprender conceitos básico e um pouco da história e evolução desta língua. (Certificado 27)
	Conferência “TEDx Campo Santana AENMS”	Neste evento, tive a oportunidade de assistir a histórias inspiradores de pessoas que atingiram a excelência nos respetivos ramos: Alexandre Monteiro, arqueólogo subaquático; Ângelo Felgueiras, escalada; Helena Vieira, bióloga; José Maria Pimentel, economista; Margarida Pedroso de Lima, psicóloga; Raquel Marinho, jornalista. (Certificado 28)
	Conferência “iMed 13.0” AENMS	A conferência teve como objetivo dar luz aos temas mais importantes da atualidade da Medicina e mostrar a inovação que ocorreu em certas especialidades. (Certificado 29)

Certificado 1 – Certificado de conclusão do Curso TEAM (Trauma Evaluation and Airway Management) | NMS.

 NOVA Medical Simulation Centre			
	T E A M	Trauma Evaluation and Management	
<u>Certificado</u>			
Pelo presente se certifica que			
PEDRO AFONSO DE MIRANDA E CASTRO SOUSA NUNES			
assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 14 e 15 de Setembro de 2023.			
O Curso "TEAM" está integrado no currículo do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da NOVA Medical School Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É organizado pelo ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, segundo o formato educativo proposto pelo American College of Surgeons para estudantes de Medicina.			
 _____ Professor Doutor Rui Maio Regente U.C. Cirurgia Estágio		 _____ Dr. José Luís Ferreira Coordenador do TEAM/NMS FCM-UNL	
www.atlsportugal.org, Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, atlsportugal@gmail.com O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons			

Certificado 2 – Certificado de participação no Webinar “Urothelial Cancer” | CUF Academic Center.



Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que **Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **14133682**, frequentou o seguinte evento científico:

Urothelial Cancer

que decorreu a **19 de Setembro de 2023**, com a duração de 1 hora, no seguinte local: Plataforma Webinar

Carnaxide, 19 de Setembro de 2023

Maria Barros

Código de Certificado: C-64dffcc632793

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Certificado 3 – Certificado de participação na Conferência “Inovation 202: Technology and Innovation” | Stanford Medicine.



Stanford University School of Medicine certifies that

**Pedro De Miranda e Castro Sousa De Miranda E Castro Sousa Nunes,
MD**

has participated in the live activity titled

Innovation 202: Technology and Innovation

on September 20, 2023

and is awarded 1.50 *AMA PRA Category 1 Credit(s)*[™]

ACCME: This Activity was designated for **1.50 AMA PRA Category 1 Credit(s)**[™]

ANCC: This Activity was designated for **1.50 ANCC** contact hour(s)



JOINTLY ACCREDITED PROVIDER[™]
INTERPROFESSIONAL CONTINUING EDUCATION

Accreditation

In support of improving patient care, Stanford Medicine is jointly accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), the Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE), and the American Nurses Credentialing Center (ANCC), to provide continuing education for the healthcare team.

Daryl Oakes, MD

Associate Dean, Post Graduate Medical Education and Continuing Medical Education

Certificado 4 – Certificado de participação na Conferência “Artificial Intelligence in Healthcare” | Luz Learning Health.



Certificado de
participação

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

Artificial Intelligence in Healthcare | Second Season

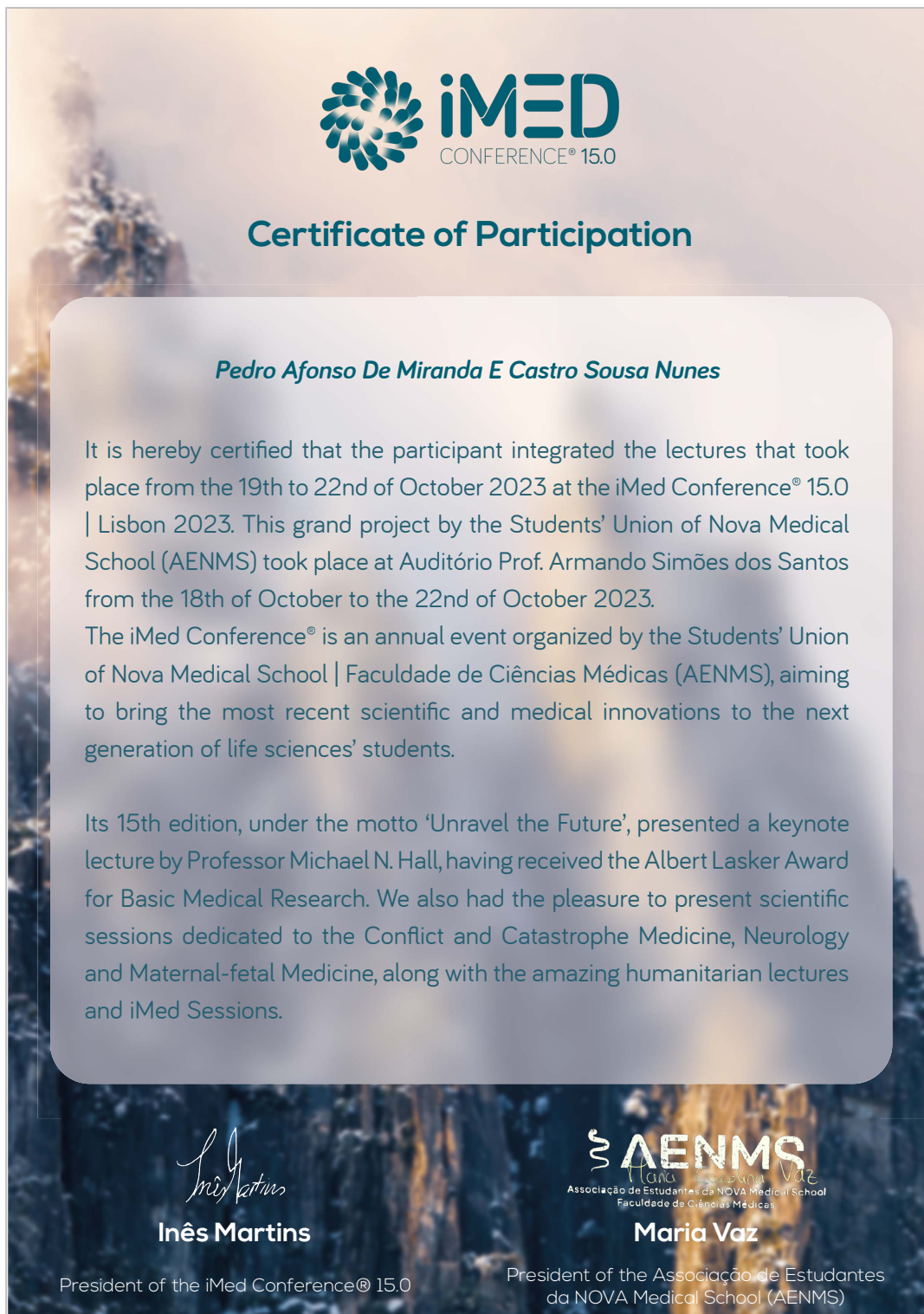
Webinar | 21 de Setembro de 2023 | 1 hora

Código de certificado: C-64d513b523ec9

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

LUZ SAÚDE

Certificado 5 – Certificado de participação na Conferência “iMed 15.0” | AENMS.



Certificado 6 – Certificado de participação na Clinical Mind Competition | iMed 15.0.



Certificado 7 – Certificado de participação no Workshop “Laparoscopic Surgery – Basics” | iMed 15.0.



Certificado 8 – Certificado de participação no Workshop “*Stitching The Future Further - Advanced by ANEEB & Johnson and Johnson*”.



Certificado 9 – Certificado de participação nas Sessões de Simulação | Hospital da Luz, Luz Learning Health.



Certificado de
participação

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Novembro 2023

Presencial | 15 de Novembro de 2023 | 3 horas

Código de certificado: C-654bc5d98c0f3

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

LUZ SAÚDE

Certificado 10 – Certificado de participação na Conferência “World Pancreatic Day” | Hospital da Luz, Luz Learning Health.



Certificado de
participação

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

World Pancreatic Cancer Day | 4th Edition

Webinar | 16 de Novembro de 2023 | 4 horas

Código de certificado: C-653fd87ef3c75

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

LUZ SAÚDE

Certificado 12 – Certificado de participação no Webinar “Conectados, Desconectados: Debater a proibição de telemóveis” | IPPS-iscte.



Certificado 13 – Certificado de conclusão da Formação “Hypertension in Primary Care - Improving Control and Reducing Risk” | Stanford Medicine.



Stanford University School of Medicine certifies that

**Pedro De Miranda e Castro Sousa De Miranda E Castro Sousa Nunes,
MD**

has participated in the enduring material titled

Hypertension in Primary Care - Improving Control and Reducing Risk

on January 16, 2024

and is awarded 1.50 *AMA PRA Category 1 Credit(s)*™

ACCME: This Activity was designated for **1.50 AMA PRA Category 1 Credit(s)**™



Accreditation

In support of improving patient care, Stanford Medicine is jointly accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), the Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE), and the American Nurses Credentialing Center (ANCC), to provide continuing education for the healthcare team.

A handwritten signature in black ink, reading "Daryl Oakes".

Daryl Oakes, MD

Associate Dean, Post Graduate Medical Education and Continuing Medical Education

Certificado 14 – Membro dos Órgãos Sociais da AENMS no departamento de Ciência de Formação.



Certificado 15 – Membro dos Club MedSurf no departamento de Merchandise.



Certificado 16 – Membro dos Club MedSurf no departamento de Workshops e Eventos.



Certificado 17 – Membro do grupo estudantil Grémio Académico.



Certificado de Participação

Para os devidos efeitos, certifica-se que **Pedro Afonso de Miranda e Castro Sousa Nunes**, portador do Cartão de Cidadão com o número **14133682**, participou ativamente enquanto membro nas atividades realizadas pelo Grémio Académico da Nova Medical School (GANMS), no período compreendido entre **maio de 2018 e junho de 2024**.

Funções desempenhadas:

- **Membro do Conselho Disciplinar, no mandato 2020/2021.**



Lisboa, 2 de junho de 2024

Conselho-Mor do Grémio Académico
da NOVA Medical School

Certificado 18 – Certificado de participação na Conferência “Fronteiras da Economia da Saúde” | NMS.

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Este certificado é concedido a

Pedro Afonso Nunes

no âmbito da sua participação na sessão Fronteiras da Economia da Saúde,
organizada pela APES - Associação Portuguesa de Economia da Saúde e pelo
CHRC - Comprehensive Health Research Center, no dia 11 de maio de 2023.

CHRC NOVA apes
COMPREHENSIVE HEALTH MEDICAL SCHOOL
RESEARCH CENTRE ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ECONOMIA DA SAÚDE

Eduardo Costa

Presidente da Direção da APES
Associação Portuguesa de Economia da Saúde

Certificado 19 – Certificado de conclusão da Formação “Certificação de causas de morte na europa” | Universidade Aberta.



Certificado 20 – Certificado de conclusão do Curso “Academia de Empreendedorismo” | Universidade Nova Lisboa.

Academia de Empreendedorismo



NOVA
UNIVERSIDADE NOVA
DE LISBOA

nau SEMPRE
A APRENDER

CERTIFICADO

Certifica-se que PEDRO AFONSO DE MIRANDA E CASTRO SOUSA NUNES concluiu o curso "**Academia de Empreendedorismo**" com uma duração estimada de 30 horas.

Isabel Cristina Almeida Pereira Rocha

(Prof.ª Isabel Cristina Almeida Pereira Rocha)
Vice-Reitora para a Investigação, Inovação e Criação
de Valor da Universidade NOVA de Lisboa

EMITIDO EM:
novembro 12, 2022

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
e84b59ed574049e2bf4275e48c9bc0e0

NAU Confinanciada por:

COMPETE 2020 **PORTUGAL 2020**  **UNIAO EUROPEIA**
Fundo Social Europeu

A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

<https://ims.nau.edu.pt/certificacao/e84b59ed574049e2bf4275e48c9bc0e0>

Certificado 21 – Certificado de participação no Workshop “Ped’s Expert” | iMed 14.0.



Workshops - 12th October | iMed Conference® 14.0

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-6341e208a251e

Evento

Workshops - 12th October | iMed Conference® 14.0

11-10-2022 13:00 → 12-10-2022 22:30

Workshops 12th October | iMed Conference® 14.0

Choose one of many amazing workshops that iMed Conference 14.0 has to offer!

Atividades frequentadas

Ped's Expert

12-10-2022 14:30 → 12-10-2022 17:00

In this workshop, you will get the opportunity to participate in a high fidelity simulation in cutting-edge simulators where you will gain the best insight on how to act when a child is in a life-threatening situation.

Certificado 22 – Certificado de participação no Workshop “Cirurgia Robótica - Da Vinci” | iMed 14.0.



Workshops - 13th October | iMed Conference® 14.0

— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

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

NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-63432f8775fe2

Evento

Workshops - 13th October | iMed Conference® 14.0
13-10-2022 13:00 → 13-10-2022 22:30 - Duração: - 9:30 horas

Workshops 13th October | iMed Conference® 14.0
Escolhe um de muitos incríveis workshops que o iMed Conference® 14.0 tem para te oferecer!

Atividades frequentadas

Da Vinci in Your Hand
13-10-2022 14:00 → 13-10-2022 18:00

Always been interested in the evolution of technology in medicine? Don't miss the opportunity to learn and train with the da vinci, the surgical robot that is revolutionizing the surgical field.

Certificado 23 – Certificado de participação na Conferência “iMed 14.0” | AENMS.



iMed Conference® 14.0 Lisbon 2022 | Lectures + Workshops

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

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



NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-633df6e9eb3eb

Evento

iMed Conference® 14.0 Lisbon 2022 | Lectures + Workshops

12-10-2022 14:00 → 16-10-2022 14:30

iMed Conference® 14.0 Lisbon 2022 | Lectures + Workshops

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

Prepare for groundbreaking lectures, practical workshops and challenging competitions!

Certificado 24 – Certificado de Voluntariado no Open Day NMS | NMS.



Call for Voluntários Open Day da NMS

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

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



NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-627040eb25593

Evento

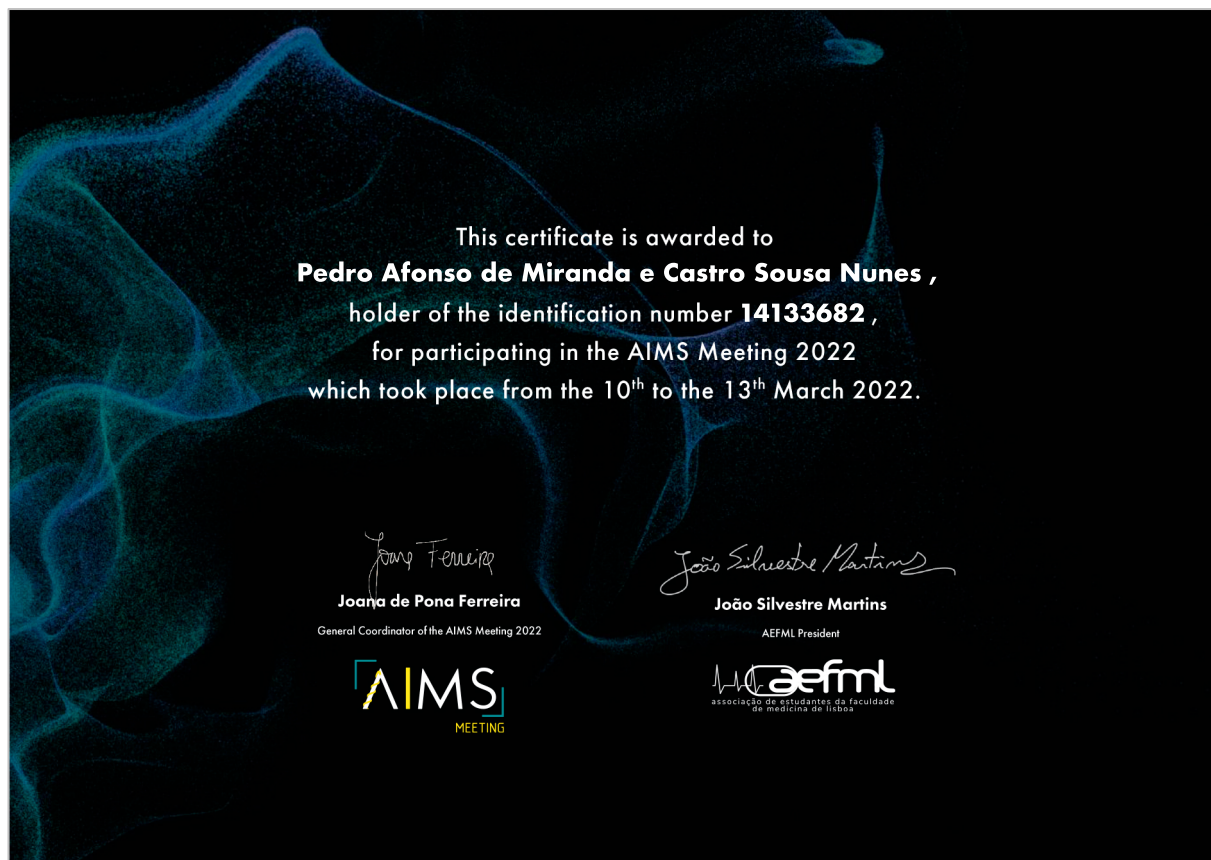
Call for Voluntários Open Day da NMS

11-05-2022 13:00 → 11-05-2022 17:00 - Duração: 4 horas

O Open Day está de volta! Se gostavas de receber os próximos alunos da nossa faculdade, inscreve-te como voluntário!

As inscrições abrem amanhã, às 21h30, no UpEvents. Não percas tempo pois as vagas são limitadas!

Certificado 25 – Certificado de participação na Conferência “AIMS” | FMUL.



Certificado 26 – Certificado de participação no Workshop “Língua Gestual” | AENMS.



Workshop de Língua Gestual Portuguesa

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

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



NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-61b123e3a2347

Evento

Workshop de Língua Gestual Portuguesa

13-12-2021 18:30 → 13-12-2021 20:30 - Duração: 2 horas

Tens curiosidade em aprender Língua Gestual Portuguesa? O Departamento de Responsabilidade Social oferece-te essa oportunidade com a edição deste ano do Workshop de Língua Gestual Portuguesa, com a duração de 2 horas, dia 17 de dezembro, às 18h30, na sala S2.04.

Certificado 27 – Certificado de participação na Conferência “TEDx Campo Santana” | AENMS.



**TEDxCampoSantana 2021 - Participantes
NMSIFCM**

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-61902d4caa229

Evento

TEDxCampoSantana 2021 - Participantes NMSIFCM

27-11-2021 14:00 → 27-11-2021 20:00 - Duração: - 6 horas

A 3ª edição do TEDxCampoSantana já está aí à porta! Junta-te a nós dia 27 de novembro no Museu da Farmácia para mais uma incrível edição e muitas surpresas!

Certificado 28 – Certificado de participação na Conferência “iMed 13.0” | AENMS.



iMed Conference® 13.0 Lisbon 2021 | On-site Lectures

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

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



NOME

Pedro Afonso De Miranda E Castro Sousa Nunes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14133682

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-615cc5711ddfb

Evento

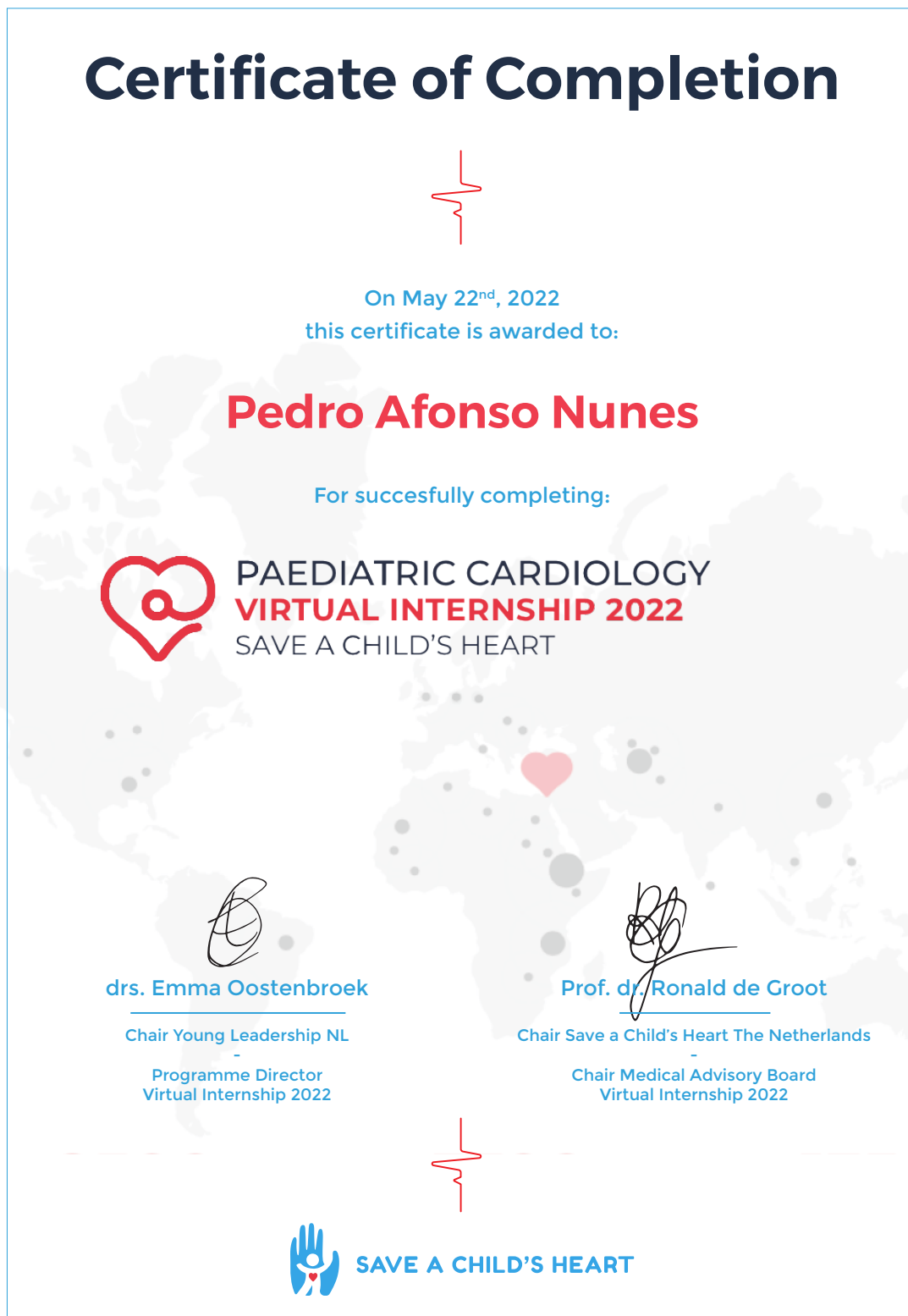
iMed Conference® 13.0 Lisbon 2021 | On-site Lectures

06-10-2021 13:30 → 10-10-2021 17:00

The iMed Conference® 13.0 | Lisbon 2021 will take place between the 6th and 10th of October at NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas and Teatro Camões

Prepare for groundbreaking lectures, practical workshops and challenging competitions.

Certificado 29 – Certificado de conclusão do estágio virtual de Cardiologia Pediátrica.



6 - Bibliografia

1. Victorino R, Jollie C, McKim J. “*Licenciado Médico em Portugal. Core - Graduates Learning Outcomes Project*”. Lisboa (Faculdade de Medicina de Lisboa) 2005.
2. Cumming, A.; Ross, M.; “*The Tuning Project (Medicine) - Learning outcomes / competences for undergraduate medical education in Europe*”. ResearchGate, 2008.

7 - Glossário

AENMS – Associação de Estudantes da NOVA Medical School

FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

HBP – Hepatobiliopancreático

HC – Hospital de Cascais

HDE – Hospital Dona Estefânia

HJM – Hospital Júlio de Matos

HL – Hospital da Luz

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

HSJ – Hospital São José

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais