

RELATÓRIO FINAL

Estágio profissionalizante - 6º ano

Universidade Nova de Lisboa

Faculdade de Ciências Médicas

Mestrado Integrado em Medicina

Maria Margarida Rodrigues Victor

Nº 2008157

Turma 2

Conteúdos

I. Introdução e Objectivos.....	3
II. Corpo de trabalho.....	3
Estágio de Cirurgia Geral.....	3
Estágio de Medicina Interna.....	4
Estágio de Medicina Geral e Familiar.....	5
Estágio de Pediatria Médica.....	6
Estágio de Ginecologia e Obstetrícia.....	7
Estágio de Saúde Mental.....	7
Estágio clínico opcional.....	8
III. Reflexão crítica final.....	8
IV. Anexos	
A. Certificado do Projecto de mobilidade Erasmus na Faculdade CEU – San Pablo, Madrid	
B. Certificado do “Congresso de Cirurgia Hepato-Pancreato-Biliar”	
C. Apresentação sobre “Nódulos benignos da tiróide”, realizado durante o estágio de Medicina Geral e Familiar	
D. Journal Club: Artigo de revisão “Efeitos dos probióticos na recorrência da Vaginose Bacteriana”, realizado durante o estágio de Ginecologia e Obstetrícia	

I. Introdução e Objectivos

O estágio profissionalizante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM), decorre posteriormente aos ciclos: básico, pré-clínico e clínico. Corresponde a um ano de prática clínica tutelada, em que se espera que, ao realizar um conjunto de estágios parcelares, o aluno não só consolide os conhecimentos da sua formação científica prévia, como também desenvolva capacidades essenciais a um médico recém-formado, como são exemplos a elaboração de um raciocínio clínico, a ponderação de diagnósticos diferenciais, a instituição de terapêuticas nas patologias mais frequentes, a realização de alguns procedimentos técnicos elementares e ainda o aperfeiçoamento das capacidades de comunicação, trabalho em equipa, relação médico-doente, e auto-crítica.

O ano lectivo decorreu durante 34 semanas, dividido por 7 estágios rotativos, cada um deles com uma duração pré-estabelecida de 2, 4 ou 8 semanas e com a realização de um relatório de estágio parcelar, excluindo-se o estágio clínico opcional.

O presente relatório encontra-se seguidamente dividido em duas partes: o “Corpo de trabalho”, na qual é feita uma breve descrição dos objectivos específicos e actividades realizadas durante os diferentes estágios parcelares, respeitando uma ordem cronológica relativamente à rotação atribuída; e a “Reflexão crítica final”, na qual se inclui uma reflexão global e também específica sobre cada estágio, incidindo nomeadamente sobre as actividades realizadas e o cumprimento dos objectivos iniciais. Em anexo encontram-se ainda trabalhos realizados, bem como Certificados de mobilidade e de congresso.

II. Corpo de trabalho

Estágio de Cirurgia Geral – 23/09/2013 a 14/11/2013

Este estágio decorreu como parte integrante de um projecto de mobilidade Erasmus, na Universidade CEU - San Pablo em Madrid. Teve como regência o Prof. Doutor Emílio Vicente e decorreu no Hospital de Sanchinarro em Madrid, sob a orientação da Prof. Doutora Yolanda Quijano. Compreendeu a duração de oito semanas em Cirurgia

Geral e Oncológica, sendo que o Hospital de Sanchinarro engloba o “Centro Oncológico de Investigação Clara Campal”. Tinha como objectivos a abordagem diagnóstica de algumas das principais patologias cirúrgicas, mas também de patologias oncológicas passíveis de tratamento cirúrgico; a observação de doentes na enfermaria de pré e pós-operatório; a realização de procedimentos técnicos básicos; a assistência a consultas de Cirurgia Geral e participação no bloco operatório de Cirurgia.

Ao longo do estágio fui integrada na equipa cirúrgica e pude acompanhar a minha tutora na consulta externa de Cirurgia Geral (duas vezes por semana); nas sessões multidisciplinares semanais entre Cirurgia Geral, Oncologia, Radioterapia, Imagiologia, Gastrenterologia e Medicina Nuclear, durante as quais eram discutidos todos os casos relevantes; nas reuniões clínicas diárias do Serviço de Cirurgia Geral, onde eram apresentados todos os doentes internados e respectivas intercorrências; e no bloco operatório (três dias por semana), onde pude participar activamente em várias cirurgias, englobando inúmeras técnicas desde a pequena cirurgia, procedimentos diagnósticos invasivos, cirurgias major e cirurgias auxiliadas por robótica. Deste modo, tive o privilégio de contactar com uma variedade muito ampla de patologias, doentes e especialistas da área. Durante a última semana do estágio, pude ainda participar no “Congresso de Cirurgia Hepato-Pancreato-Biliar”, organizado pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Sanchinarro.

Estágio de Medicina Interna – 18/11/2013 a 22/01/2014

Este estágio decorreu, conjuntamente com o estágio de Cirurgia Geral, como parte integrante de um projecto de mobilidade Erasmus, na Universidade CEU - San Pablo em Madrid. Teve como regência o Prof. Doutor Cândido Masa-Vazquez e decorreu no Hospital de Sanchinarro em Madrid, sob a orientação da Dra. Maria Lopez-Cano. Os objectivos principais eram a aquisição de maior autonomia na observação inicial de um doente e elaboração de um plano de seguimento do mesmo, em contexto de

internamento; sistematizar a abordagem diagnóstica das patologias mais frequentes e apurar o raciocínio clínico na integração das várias patologias de cada doente.

Durante o estágio pude acompanhar a minha tutora nas consultas externas diárias de Medicina Interna; nas reuniões clínicas da equipa de Medicina Interna, onde eram discutidos diariamente todos os doentes internados e respectivas intercorrências, bem como atribuídos a cada elemento da equipa; e ainda o trabalho diário na enfermaria, durante o qual pude realizar autonomamente várias histórias clínicas posteriormente discutidas com a minha tutora, observar de uma forma diária e contínua os vários doentes, realizar pedidos de exames complementares de diagnóstico e ainda instituir terapêuticas, pelo que pude contactar com múltiplos diagnósticos, como por exemplo, infecções do tracto respiratório e gastrintestinal, neoplasias, entre outras.

Estágio de Medicina Geral e Familiar – 27/01/2014 a 21/02/2014

Este estágio teve a regência da Prof. Doutora Isabel Santos, compreendendo um período de 4 semanas de estágio rural, realizado na Unidade de Saúde Familiar Alfa-Beja, em Beja, sob a orientação do Dr. Gaspar Caetano. Neste estágio pretendia desenvolver a abordagem clínica num contexto não hospitalar, principalmente centrada no paciente; a assistência transversal a uma população com faixas etárias e necessidades distintas; e também o investimento nas estratégias de prevenção da doença e manutenção da saúde.

Ao longo do estágio, pude realizar consultas com autonomia parcial; colher histórias clínicas e observar os doentes; e elaborar hipóteses de diagnóstico e planos terapêuticos, posteriormente discutidos com o assistente. Pude também participar em consultas diversas de doença aguda, inter-substituição, saúde de adultos, consultas especializadas de seguimento de Diabetes e Hipertensão, saúde infantil, planeamento familiar e consultas domiciliárias. Executei não só vários procedimentos técnicos inerentes a cada consulta, mas também alguns procedimentos administrativos como o

preenchimento de atestados médicos e certificados de incapacidade temporária. Compreendi, deste modo, a abrangência do plano de actuação do médico de família e quais as patologias mais prevalentes na população portuguesa, em particular na região do Alentejo; bem como os motivos mais frequentes que levam os utentes à consulta.

Ainda durante o estágio, realizei um trabalho sobre a “Nódulos benignos da tiróide”, o qual foi apresentado numa das sessões de formação semanais da equipa da USF Alfa-Beja. No final do estágio, elaborei o Diário do Exercício Orientado, onde foram registados os objectivos, actividades e procedimentos realizados ao longo do mesmo, patologias observadas, uma análise de situação, uma apresentação de caso clínico com o respectivo genograma e, finalmente, uma análise crítica.

Estágio de Pediatria Médica – 24/02/2014 a 21/03/2014

O estágio de Pediatria Médica teve como regência o Prof. Doutor Luís Varandas, tendo decorrido no Hospital Dona Estefânia, com a orientação do Dr. Luís Ribeiro da Silva, no serviço 5.1. Os objectivos eram principalmente consolidar conhecimentos da patologia pediátrica mais frequente e a sua abordagem; e ainda desenvolver a relação médico-doente, tão específica nesta área. Ao longo das quatro semanas, pude assistir a consultas externas de Pediatria médica (semanais), acompanhando o exame do desenvolvimento da criança; observar e realizar a colheita de história clínica e exame objectivo em diferentes grupos etários e em contexto de internamento; e ainda treinar a abordagem clínica de patologias frequentes de apresentação no Serviço de Urgência, como infecções respiratórias, gastrointestinais e manifestações dermatológicas. Realizei uma história clínica completa e respectiva discussão e, em conjunto com uma colega, uma apresentação sobre “Baixa estatura”. O estágio compreendeu ainda uma parcela formativa, com sessões clínicas semanais destinadas à formação contínua de profissionais do Hospital, internos e alunos, tendo sido abordados temas de diversas especialidades como Hematologia e Imuno-alergologia.

Estágio de Ginecologia e Obstetrícia – 24/03/2014 a 25/04/2014

Este estágio teve como regência o Prof. Doutor Jorge Branco e decorreu no Hospital São Francisco Xavier. Os objectivos durante as quatro semanas eram consolidar os conhecimentos teóricos prévios sobre as patologias mais frequentes na mulher; sistematizar a sua abordagem diagnóstica e terapêutica; e aperfeiçoar aspectos do exame objectivo específico da especialidade. Durante o estágio pude acompanhar vários assistentes na enfermaria de puerpério, com realização autónoma de exame objectivo; no bloco operatório ginecológico, onde pude participar em várias cirurgias; na consulta materno-fetal e ginecológica, onde realizei exame objectivo e colpocitologias; na Ecografia ginecológica e obstétrica, onde pude auxiliar na recolha de informação nos exames do 1º, 2º e 3º trimestre, bem como de patologias fetais; e no serviço de urgência, onde pude contactar com patologias de apresentação frequente, partos eutócicos e cesarianas. No final do estágio, realizei juntamente com uma colega um Journal Club sobre o artigo de revisão “Efeitos dos probióticos na recorrência da vaginose bacteriana”.

Estágio de Saúde Mental – 28/04/2014 a 23/05/2014

Este estágio decorreu sob a regência do Prof. Doutor Miguel Xavier e com a tutela da Dra. Rita Mateiro, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Júlio de Matos. Tinha como objectivos o contacto com as principais patologias psiquiátricas; o desenvolvimento da relação médico-doente especializada da Psiquiatria e ainda o aperfeiçoamento da abordagem diagnóstica e terapêutica das patologias psiquiátricas mais prevalentes na população.

Durante as duas primeiras semanas de estágio, pude contactar com vários serviços do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, nomeadamente a Unidade Comunitária de Odivelas, a Reabilitação e a Unidade de Internamento da Psiquiatria Forense, onde acompanhei a actividade diária dos vários serviços, nomeadamente em sessões clínicas de discussão dos doentes e respectivas abordagens terapêuticas. Nas

últimas duas semanas de estágio, acompanhei a Dra. Rita Mateiro na sua actividade diária no Serviço de Estabilização e Triagem de Agudos, onde pude assistir a várias entrevistas com doentes e sessões multi-disciplinares de discussão e abordagens terapêuticas; também na Consulta externa de Psiquiatria, onde contactei com patologias prevalentes como a Esquizofrenia ou a Doença Bipolar; e ainda no Serviço de urgência do Hospital de São José, onde participei na entrevista e formulação de raciocínio clínico à apresentação de patologias psiquiátricas agudas, como surtos psicóticos ou episódio depressivo major.

Estágio clínico opcional – 26/05/2014 a 06/06/2014

Este estágio foi realizado, sob a regência do Prof. Doutor Fernando Nolasco, no Serviço de Dermatologia no Hospital CUF Descobertas, tutelado pelo Prof. Doutor João Maia Silva. Teve como objectivos aprofundar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos sobre as patologias dermatológicas mais prevalentes; contactar e discutir abordagens diagnósticas e terapêuticas; e ainda treinar o raciocínio clínico baseado na história clínica e exame objectivo, tão preponderante nesta área.

Ao longo do estágio pude acompanhar o Prof. Doutor João Maia Silva na sua actividade diária em consulta externa de Dermatologia geral, onde contactei com uma variedade alargada de patologias, tais como: psoríase, rosácea, acne ou neoplasias da pele; pude também participar em intervenções cirúrgicas dermatológicas, onde assisti à excisão de nevos, tratamentos com laser e cirurgia oncológica, nomeadamente excisão de carcinomas baso-celular e espino-celular.

III. Reflexão crítica final

O estágio profissionalizante deste último ano do MIM foi, para mim, um período de formação essencial enquanto estudante e futura médica, sendo que o iniciei com uma grande expectativa de desenvolvimento pessoal e técnico. De uma maneira global, todos os meus objectivos pessoais foram cumpridos e, apesar de não uniformemente ao longo

dos vários estágios parcelares, creio que consegui um ganho de autonomia muito significativo na observação de doentes e elaboração de um raciocínio clínico, na abordagem diagnóstica e terapêutica de uma grande variedade de situações, no aperfeiçoamento de procedimentos técnicos simples e creio ainda ter melhorado a capacidade de comunicação não só com os doentes, mas também no trabalho em equipa. Pude ainda sistematizar conhecimentos teóricos prévios através da grande componente de prática clínica, ao longo de todo o ano. No entanto, reconheço também o facto de, a acompanhar este ganho de autonomia e confiança nas minhas capacidades, existirem fragilidades inerentes ao início da minha prática clínica mais autónoma, a nível de tomadas de decisão terapêutica, valorização da importância relativa de diferentes dados e resultados de ECD e mesmo de conhecimentos teóricos específicos de algumas áreas. Acredito ser possível ir colmatando essas falhas através de um estudo contínuo, ganho de experiência profissional e mantendo um espírito de entre-ajuda com os colegas.

Seguidamente, farei uma breve apreciação crítica sobre cada um dos estágios parcelares, os seus objectivos e aspectos mais relevantes. Começando pelos estágios de Cirurgia e Medicina Interna, foram talvez os mais importantes na minha formação este ano, quer pela sua duração de 8 semanas, o que me permitiu uma integração completa na equipa hospitalar, quer por, no meu caso, terem sido realizados no âmbito de um programa Erasmus, onde tive o privilégio de ser a única aluna, possibilitando uma aprendizagem muito particular e dedicada, bem como uma relação de maior empatia e aproximação com os doentes. Pude treinar vários procedimentos técnicos, exame objectivo, abordagem diagnóstica inicial, decisão terapêutica, participar como um médico integrante da equipa hospitalar, acompanhar de uma forma contínua os doentes e, acima de tudo, aprofundar os meus conhecimentos, dada a vastidão de patologias com as quais tive contacto. De maneira semelhante, mas com uma menor duração, também os estágios de Saúde Mental e Medicina Geral e Familiar foram muito relevantes, ao

possibilitarem o contacto com patologias tão prevalentes na nossa sociedade, mas também por primarem por uma relação médico-doente muito particular, em ambos os casos. No estágio de Saúde Mental, pude aprender sobre as várias vertentes da Psiquiatria, nomeadamente no apoio à população em regime ambulatorio e não apenas em situações de internamento hospitalar, aperfeiçoar a entrevista com o doente e também o exame objectivo. O estágio de MGF proporcionou um contacto com uma população muito diversificada, nomeadamente em termos de faixas etárias e, tratando-se de um meio rural, diferente das populações com as quais contactei anteriormente. Também o investimento na promoção da saúde e a abordagem centrada no doente foram factores marcantes neste estágio, que me permitiram perceber a importância do médico de família e a sua influência na saúde e doença da população. No caso dos estágios de Pediatria médica e Ginecologia e Obstetrícia, tive em ambos uma experiência mais limitada, em parte por características inerentes às especialidades e que requerem experiência na abordagem, como a colheita de história clínica, o exame objectivo e a própria relação médico-doente, que penso ter conseguido melhorar ao observar os especialistas no seu dia-a-dia. Sobre o estágio clínico opcional, gostaria apenas de sublinhar a sua importância na aprendizagem de uma área da escolha do aluno, que para mim se revelou um dos estágios mais proveitosos, apesar da sua curta duração. Pude perceber a abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes com alguma continuidade e consolidar conhecimentos prévios sobre patologias dermatológicas, tão prevalentes na população e com as quais tivemos pouco contacto ao longo do curso.

Finalmente, termino este 6º ano consciente do muito que tenho ainda a aprender, e de que a minha formação enquanto médica está longe de terminada. Resta-me apenas agradecer à Faculdade por mais este ano de ensino, confiança, autonomia e preparação para o Internato do Ano Comum; e também à faculdade, hospital e tutores que me acolheram em Madrid, onde me senti tão bem recebida e preparada como na FCM-UNL.

IV. ANEXOS

**A. Certificado do Projecto de mobilidade Erasmus na
Faculdade CEU – San Pablo, Madrid**



CEU

*Universidad
San Pablo*

**EL VICERRECTOR DE RELACIONES INTERNACIONALES DE LA
UNIVERSIDAD CEU SAN PABLO**

hace constar que

Dña. MARIA MARGARIDA RODRIGUES VICTOR

ha realizado, como alumno internacional, una estancia en nuestra Institución durante
el Primer Semestre del curso académico 2013-14

Y para que así conste, se expide el presente

DIPLOMA

en Madrid, a 10 de diciembre de 2013

José Luis Piñar Mañas
Vicerrector de Relaciones Internacionales

**B. Certificado do “Congresso de Cirurgia Hepato-Pancreato-
Biliar”**



This is to certify that
MARGARIDA RODRIGUEZ VICTORI

Has successfully attended the Hepato-Pancreatic-Biliary surgery course at University Hospital of
Madrid-Norte Sanchinarro, Department of General Surgery
from 11 to 15 November 2013,
Directors: Emilio Vicente MD. and Yolanda Quijano MD.

J. Peláez Fernández MD.
Director of the Department of Teaching
Vice-Dean Faculty of Medicine Madrid
CEU San Pablo University

Emilio Vicente MD.
Director
General Surgery Service

Yolanda Quijano MD.
Co-Director
General Surgery Service



**C.Apresentação sobre “Nódulos benignos da tiróide”,
realizado durante o estágio de Medicina Geral e Familiar**

ABORDAGEM E SEGUIMENTO

ULSBA
UNIVERSITY OF LONDON
SCHOOL OF BUSINESS AND ADMINISTRATION

1. Introdução
2. Patologia da glândula tireoideia
3. Diagnóstico Diferencial
4. Avaliação
5. Seguimento
6. Conclusão

Nódulo da tireóide: Lesão da glândula tireoideia palpável e/ou ecograficamente visível; individualizável; distinta do parênquima tireoideu adjacente

- **Muito prevalente na prática clínica:**
 - Incidência tem vindo a aumentar (idosos, sexo feminino e regiões iodo-carentes¹)
 - 3-7% clinicamente palpáveis¹
 - 20-76% detectados por Ecografia¹
 - 80% no sexo feminino
 - 5-15% malignos¹

Lesão primária da tireóide

Lesão não
tireoideia

- Nódulo sólido solitário
- Glândula multinodular
- Nódulos quísticos
- Paratiroide
- Quisto tireoglossos
- Linfoma
- Hemangioma
- ...

Benigna

Maligna

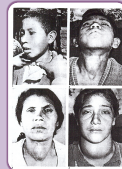
Nódulo colóide	Carcinoma papilar
Adenoma folicular	Carcinoma folicular
Bócio multinodular	Carcinoma medular
Quisto simples ou hemorrágico	Carcinoma anaplásico
Tiroidite de Hashimoto	Metástase

> Probabilidade Malignidade

História Familiar	Adenopatias (cádestes ganglionares pescoço)
Radioterapia prévia (principalmente cabeça e pescoço)	Afeção das cordas vocais, disfagia ou disfonía
Crescimento rápido	Sexo masculino (3x)
<20 ou >60 anos	Adesão aos tecidos adjacentes
Tamanho >1cm	Consistência pétrea

- Antecedentes pessoais
 - Disfunção prévia
 - Cirurgia/Radioterapia
 - Terapêutica
 - Alteração da TSH na gravidez
- Antecedentes familiares
- Idade e sexo
- Medicação
- Sinais e sintomas
 - Dispneia
 - Disfonia
 - Disfagia
 - Hipersudorese
 - Palpitações
 - Alterações no apetite e peso
 - Alterações de comportamento
 - Alterações hábitos intestinais

- **Fácies**
 - Exoftalmia
- **Tensão Arterial e FC**
- **Palpação cervical**
 - Caracterização do nódulo
 - Localização
 - Consistência
 - Dimensões
 - Adenomegalias
 - Dor à palpação
 - Frêmitos



- **Quais?**
 - 1. **Análises**
 - O diagnóstico de patologia nodular da tireóide implica a avaliação laboratorial da função tireoide (norma 970/2011). (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)
 - 2. **Ecografia cervical**
 - O rastreamento ecográfico da patologia nodular da tireóide está indicado na população em geral (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb)
 - 3. **CAAF**
 - Método de eleição para a avaliação do risco de malignidade dos nódulos tireoideus (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)
 - 4. **Cintigrafia**
 - Não deve ser realizada por rotina no estudo da patologia nodular da tireóide (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação IIb)
 - 5. **TAC Cervical**

- **Avaliação da função tiroideia:**
 - × A quem??
 - 1. Doentes com bócios e indivíduos com nódulos da tireoide não palpáveis detetados por métodos de imagem, nomeadamente ecografia (Nível de evidência C, grau de recomendação I)
 - 2. Doentes com quadro clínico sugestivo de hipotireoidismo ou de hipertireoidismo (Nível de evidência B, grau de recomendação I)
 - 3. Doentes tireoidectomizados ou submetidos a irradiação cervical (Nível de evidência B, grau de recomendação I)

4. Doentes sob medicação suscetível de alterar a função tiroideia, nomeadamente amiodarona ou outros produtos contendo iodo, lítio, inibidores da cinase da tirosina, interferão (Nível de evidência C, grau de recomendação I)
5. Em doentes hospitalizados não se deve efetuar a avaliação da função tiroideia por rotina, exceto se existir indicação clínica específica (Nível de evidência B, grau de recomendação Iib)

- Análises^[2]:
 - **TSH + T4 livre**
 - + T3 livre, em casos complexos
 - ATPO e ATg, se hipotireoidismo primário (suspeita auto-imune)
 - TRAb, se hipertireoidismo (+ ATPO e ATg)
 - Trioglobulina: doseamento não está indicado na avaliação diagnóstica
 - Calcitonina: se suspeita de carcinoma medular ou HP positiva e se etiologia não conclusiva
 - Cálcio e PTH: avaliação pré-operatória em nódulos com indicação cirúrgica

```

graph TD
    Start([Problema tecnológico a ser Resolvido  
(Tecnologia X ou Y)]) --> Decision{Qual a melhor tecnologia?}
    Decision -- "Sim, a tecnologia X" --> TechX[Tecnologia X]
    TechX --> ImplX([Implementação])
    ImplX --> ResNoX([Resposta: Não é necessário])
    Decision -- "Não, a tecnologia Y" --> TechY[Tecnologia Y]
    TechY --> ImplY([Implementação])
    ImplY --> ResNoY([Resposta: Não é necessário])
    Decision -- "Não sei qual a melhor tecnologia" --> TechXY[Tecnologia X ou Y]
    TechXY --> ImplXY([Implementação])
    ImplXY --> ResNoXY([Resposta: Não é necessário])
  
```

Flowchart illustrating the decision-making process for the selection of a new technology:

- Start:** Problema tecnológico a ser Resolvido (Tecnologia X ou Y)
- Decision:** Qual a melhor tecnologia?
- Path 1 (Yes):** Sim, a tecnologia X → Tecnologia X → Implementação → Resposta: Não é necessário
- Path 2 (No):** Não, a tecnologia Y → Tecnologia Y → Implementação → Resposta: Não é necessário
- Path 3 (Uncertain):** Não sei qual a melhor tecnologia → Tecnologia X ou Y → Implementação → Resposta: Não é necessário

- **Ecografia da tireóide:**
 - Se diagnóstico clínico ou imagiológico incidental¹

1. Confirmação nódulo palpável
2. Sinais de benignidade ou malignidade
3. Patologia extra-tireoideia
4. Nódulos não-palpáveis
5. Avaliação dos compartimentos ganglionares cervicais

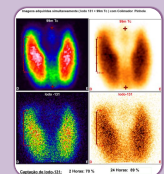
- CAAF²:
 - Colheita de células representativas do nódulo para estudo citológico
 - Preferencialmente sob controlo de ecografia (se guiada por palpação, pressupõe a realização de ecografia prévia)
 - Sempre efectuada sob controlo ecográfico em nódulos não palpáveis ou de difícil palpação (nódulos inferiores e/ou posteriores) ou nódulos com componente quístico superior a 50%

- **CAAF:**
 - A indicação para CAAF em nódulos da tireóide está dependente de:
 - dimensão, estrutura interna (sólida, mista ou quística) e presença de risco clínico de malignidade aumentado e/ou critérios ecográficos de suspeição:
 - Nódulos sólidos > 10-15 mm
 - Nódulos mistos predominantemente sólidos > 15 mm
 - Nódulos mistos predominantemente quísticos > 20 mm
 - Nódulos quísticos puros > 40 mm
 - Nódulos com risco clínico aumentado, independentemente da dimensão
 - Nódulos < 10 mm sem critérios ecográficos suspeitos ou risco clínico aumentado não têm indicação para CAAF

- CAAF:
 - Contra-indicações relativas:
 - ✦ Coagulopatia significativa, de difícil correção (interrupção temporária de hipocoagulante)
 - ✦ Instabilidade hemodinâmica e estado terminal de doença
 - ✦ Ausência de trajecto seguro até à lesão



- **Cintigrafia:**
 - Confirmar/excluir nódulo hiperfixante em doentes com TSH baixa¹
 - Avaliação da fixação em nódulo com citologia de tumor folicular e bócio multinodular volumoso¹



Seguimento

1. A vigilância da patologia nodular da tiróide sem disfunção tireoideia ou tiroidite autoimune associadas, após realização de CAAF de nódulos com essa indicação e com resultados citológicos de benignidade, deverá incluir uma avaliação clínica, ecográfica e analítica (doseamento da TSH) nos 6-18 meses seguintes¹

2. O seguimento dos doentes com risco clínico aumentado deverá ser feito em centro de referência²

Seguimento - Tratamento

• Terapêutica farmacológica:

1. Citologia benigna

2. Depende da etiologia do nódulo e gravidade clínica

• Levotiroxina

• Anti-tiroideos de síntese

Seguimento - Tratamento

• Cirurgia:

1. Lesão quística recidivante ou >4cm

2. Crescimento após tratamento supressor

3. Citologia maligna ou indeterminada

4. 2 ou mais dados clínicos suspeitos de malignidade

• Tireoidectomia total

• Hemitireoidectomia

• I131

Seguimento

• Nas crianças e na mulher grávida a abordagem diagnóstica da patologia nodular é essencialmente igual à da população em geral³

○ Os exames ou tratamentos com produtos radioativos estão contraindicados na mulher grávida⁴

○ Cirurgia



Conclusão - Resumo

✓ Rastreio ecográfico não está indicado¹

✓ Clínica é a informação mais relevante

✓ Sinais sugestivos de malignidade

✓ Gold Standard: CAAF + Ecografia

Conclusão - Resumo

Sem disfunção tireoideia

Citologia benigna

6-18M

↓

Clínica

Ecografia

TSH

D. Journal Club: Artigo de Revisão “Efeitos dos probióticos na recorrência da Vaginose Bacteriana”, realizado durante o estágio de Ginecologia e Obstetrícia

Homayouni, Aziz et al, "Effects of Probiotics on the Recurrence of Bacterial Vaginosis: A Review", 2013, ASCCP, Journal of Lower Genital Tract Disease, Volume 18, Number 1, 2012, 00-00

Revisão: Efeitos dos Probióticos na recorrência de Vaginose Bacteriana

A vaginose bacteriana (VB) é uma síndrome caracterizada por mudança no ecossistema vaginal, sendo a flora de *Lactobacillus* substituída por anaeróbios e *Gardnerella vaginalis*, com pH superior a 4,5; resulta, frequentemente, da redução da flora colonizadora e proliferação de bactérias anaeróbias.

É considerada a infecção vaginal mais comum em mulheres em idade reprodutiva (19% a 24%). A sua prevalência é variável, sendo superior nos países em desenvolvimento. Nos EUA, afecta 10% a 26% das grávidas e 12% a 25% de uma população feminina padrão, seguida em clínica ginecológica.

As manifestações clínicas da VB consistem em corrimento vaginal com cheiro fétido, caracteristicamente classificado como "odor a peixe podre", bem como desconforto ou ardor ao urinar; é de referir que muitas das mulheres com VB são assintomáticas.

Foi demonstrada uma associação entre VB e: a) infecção por VIH; b) ocorrências durante a gestação, tais como ruptura prematura de membranas, parto pré-termo e endometrite pós-parto.

Sabe-se ainda que mulheres com infecções do trato genital superior, tais como doença inflamatória pélvica, infecção pós cirurgia ginecológica, endometrite e cervicite, são mais suscetíveis a terem recém-nascidos de baixo peso.

A maioria das pacientes procura um tratamento que evite a recorrência da infecção, sendo que vários métodos foram propostos.

Em mulheres não grávidas, o tratamento pode consistir em metronidazol oral ou vaginal; clindamicina vaginal; clindamicina oral 300mg 12/12h durante 7 dias ou ainda metronidazol oral 2g em dose única, embora este último careça de evidência comprovada.

Até 30% das mulheres experimenta recaída no mês seguinte ao tratamento, sendo esta percentagem mais elevada para tratamento tópico, por oposição ao tratamento sistémico.

Como alternativa, tem sido descrita a utilização de probióticos – microrganismos vivos que, quando consumidos em quantidades apropriadas, conferem um efeito benéfico ao hospedeiro. Alguns destes microrganismos conseguem resistir às condições físico-químicas do trato intestinal e sobreviver.

Tradicionalmente, o iogurte foi o primeiro alimento ao qual foram adicionados probióticos e dos quais existem referências desde há 100 anos, embora tenha havido recentemente um grande interesse na área, com desenvolvimento de gelados, queijo, chocolate, cereais, bebidas e produtos vegetais.

As várias formas de suplementos probióticos disponíveis no mercado incluem: comprimidos, cápsulas, pastilhas, géis, líquidos e pós.

Tanto os alimentos quanto os suplementos têm sido utilizados como veículos de probióticos, sendo que os seus principais benefícios incluem alívio de diarreia, melhoria na intolerância à lactose, alívio de infecções do trato respiratório e urinário, imunomodulação e propriedades anti-carcinogénicas, anti-diabéticas, hipocolesterolémicas e hipotensivas.

Ao reduzirem a resposta inflamatória, os probióticos têm demonstrado corrigir a sensibilidade à insulina e diminuir o desenvolvimento de Diabetes mellitus.

A base para a utilização de probióticos no tratamento e prevenção da vaginose bacteriana foi desenvolvida em 1973, quando foi reportada a presença de *Lactobacilli*

na flora vaginal de mulheres saudáveis sem história prévia de infecções do trato urinário.

Aceita-se que os probióticos se dispersam a partir do períneo e reto, formando uma barreira à entrada de uropatógenos desde a vagina até à uretra. Esta hipótese é suportada por vários estudos que preferem a origem intestinal da flora vaginal.

Os probióticos protegem o hospedeiro de infecções por vários mecanismos: 1. Ocupação específica de locais de adesão, na superfície epitelial do trato urinário; 2. Manutenção de um pH baixo e produção de substâncias antimicrobianas como ácido, peróxido de hidrogénio e bacteriocinas; 3. Degradação de poliaminas; 4. Produção de surfactantes com propriedades anti-adesivas.

Estes microrganismos têm sido administrados por via oral e vaginal, não estando ainda claro qual o meio mais eficiente por falta de estudos comparativos. Alimentos e suplementos têm sido utilizados como transportadores, no que respeita à via oral.

No entanto, nem todas as estirpes têm apresentado os mesmos resultados, sendo que a fraca colonização da vagina por algumas estirpes pode explicar este facto. Também deve ser tido em conta o ajuste da dose óptima e da duração do tratamento.

São vários os veículos de administração experimentados nos estudos analisados pelos autores - cápsulas, cremes e tampões na administração vaginal, suplementos alimentares e alimentos (iogurte, leite fermentado, gelado) na administração oral- sem que sejam feitas comparações diretas entre eles. A administração oral é referida, globalmente, como mais conveniente.

São estudados diferentes microrganismos probióticos (*Lactobacillus rhamnosus* GR-1, *Lactobacillus reuteri* RC-14, *Lactobacillus fermentum* RC-14, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus casei*, *L. gasseri* LN40, *L. fermentum* LN99, *L. casei subsp. rhamnosus* LN113, *Propionibacterium acidilactici*) em doses variáveis, bem como diferentes durações de tratamento (5, 6, 7, 14, 21 e 90 dias).

As ferramentas utilizadas para avaliar a eficácia dos tratamentos estudados são, habitualmente, o score Nugent (baseado em contagens de colónias de *Lactobacillus*, *Gardnerella*, bacteroides e bacilos gram-negativos curvos) e o critério de Amsel (baseado em pH vaginal, teste das aminas, células presentes e aparência do corrimento vaginal).

Da extensa revisão efetuada, os autores concluem que o tratamento com *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 e *Lactobacillus fermentum* RC-14, na dose mínima de 10⁸ CFU/dia durante 2 meses, está associado aos melhores resultados obtidos.

Nas doentes previamente tratadas com metronidazol pode haver benefício em prolongar a duração da terapêutica.

Aceita-se como mecanismo de atuação, a substituição direta da flora vaginal afetada por colonização dos microrganismos probióticos, bem como a ocupação de locais de adesão específicos no epitélio do trato urinário, que resultam na manutenção de um pH baixo e na produção de substâncias anti-microbianas (ácido láctico, peróxido de hidrogénio e bacteriocinas) que inibem o crescimento dos patógenos uro-genitais e impedem a adesão de *G. vaginalis* aos epitélios.

Estes efeitos parecem ser conseguidos tanto com a administração *per os* (em que ocorre a ascensão vaginal dos probióticos após excreção) como com a administração vaginal tópica.

Em conclusão, a maioria dos estudos analisados favorece a utilização de probióticos na prevenção e tratamento da vaginose bacteriana, o que, aliado à ausência de registo de efeitos adversos, leva os autores a recomendá-la como forma de promoção de saúde pública.